



**ALEXANDRE MANUEL  
TAVARES FERNANDES**

**POLÍTICAS LOCAIS PROMOTORAS DE ENVELHECIMENTO  
ATIVO EM PORTUGAL**



**ALEXANDRE MANUEL  
TAVARES FERNANDES**

**POLÍTICAS LOCAIS PROMOTORAS DE  
ENVELHECIMENTO ATIVO EM PORTUGAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha, Professor Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro, e coorientação da Professora Doutora Sara Margarida Alpendre Diogo, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro.

Dedico esta dissertação ao meu avô, por tudo o que ele representa e porque sei que hoje seria um dos dias mais felizes da sua vida.

## **o júri**

presidente

Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho  
Professora Associada da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Óscar Manuel Soares Ribeiro  
Professor Auxiliar em regime laboral da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha  
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Ao longo deste caminho, que culminou nesta dissertação, contei com a colaboração e apoio de diversas pessoas, as quais gostaria de deixar um agradecimento especial.

Começo por agradecer, em primeiro lugar, às duas pessoas que mais contribuíram para que este trabalho fosse possível. Ao Prof. Doutor Gonçalo Santinha e à Prof. Doutora Sara Diogo deixo o meu mais sincero obrigado por nunca terem deixado de acreditar em mim. Por todas as críticas construtivas, por exigirem sempre o melhor, pela disponibilidade, pela tolerância e essencialmente pela amizade que vou guardar.

Deixo, em segundo lugar, um agradecimento a todos os profissionais com quem tive o prazer de contactar e privar ao longo deste estudo. Para além da simpatia, levo o ensinamento, respeito e rigor de cada um.

Gostaria também de agradecer de formas diferentes aos meus amigos, quer aos que me acompanharam ao longo do Mestrado, quer aos que mesmo de fora sempre estiveram lá para uma mensagem de força e para ouvirem os meus desabafos. Um agradecimento especial à Catarina, à Inês e à Jéssica por toda a ajuda, amizade e compreensão ao longo destes dois anos.

Por fim, agradeço a toda a minha família, nomeadamente aos meus pais e irmão, por todo o apoio que demonstraram ao longo destas várias etapas. Sem eles nada disto teria sido possível.

## **palavras-chave**

Envelhecimento, políticas públicas, governação local, envelhecimento ativo, governação multinível, organizações locais

## **resumo**

O envelhecimento demográfico pauta as sociedades contemporâneas, nomeadamente o discurso que norteia as instâncias políticas. Uma questão que deve ser vista como uma vitória acarreta uma série de desafios para os decisores políticos a nível global, nacional e local, bem como outros atores relevantes. O maior desafio é perceber quais as políticas que devem ser formuladas e implementadas no sentido de promover um envelhecimento mais ativo.

Assim, o objetivo fulcral deste trabalho é efetuar uma recolha das principais políticas locais promotoras de envelhecimento ativo em Portugal, compreendendo os mecanismos de governança na sua formulação. Do mesmo modo, procurou-se perceber qual o papel do poder local e que estratégias apresenta para lidar com o envelhecimento demográfico.

O estudo realizado é de natureza mista, apoiado numa análise cuidada dos principais registos bibliográficos, estando o seu trabalho empírico dividido em duas grandes fases. Numa primeira fase foi feito um estudo a nível nacional, através de inquéritos distribuídos por todas as autarquias, santas casas da misericórdia, unidades de cuidados na comunidade e universidades séniores, de forma a mapear as políticas de envelhecimento ativo implementadas ao nível local. Numa segunda fase foi feito um estudo de caso, com entrevistas a diversos atores, por forma a compreender o processo de formulação e implementação das políticas de envelhecimento e os mecanismos de governança a elas intrínsecos.

Verifica-se que há, ainda, um longo caminho a percorrer no que diz respeito à forma como são formuladas e implementadas as políticas, sobretudo se pensarmos no envelhecimento como uma etapa que envolve e requer um conjunto de medidas, que não abarquem só e exclusivamente iniciativas e atividades de promoção de estilos de vida saudáveis. Os principais resultados mostram que existem lacunas ao nível da forma como as políticas são formuladas, implementadas e avaliadas, existindo uma clara falta de coordenação multinível, nomeadamente na falta de orientações por parte do poder central.

**keywords**

Ageing, public policy, local governance, active ageing, multi-level governance, local organizations

**abstract**

Demographic aging rules contemporary societies, namely the political discourses. What should be seen as a victory entails a series of challenges for policy makers at the global, national and local level, as well as other relevant actors. The biggest challenge is to understand which policies should be designed and implemented in order to promote a more active aging.

Thus, the main objective of this work is to map the main local policies which promote active aging in Portugal in order to understand the mechanisms of governance underlying their formulation. Additionally, we attempt to understand the role of local power and the strategies used to tackle the issue of demographic aging.

This is a mixed nature study: it is based on a careful analysis of the literature, and the empirical work is divided into two major phases. In the first phase we develop a study at the national level, by applying questionnaires to all municipalities, holy houses of mercy (santas casas da misericórdia), community care units and senior universities in order to map the active aging policies implemented at a local level. In a second moment, we conducted a case study, interviewing several actors to understand the formulation and the implementation process of aging policies and the governance mechanisms intrinsic to them (underpinning them).

There is still a long way to go in order to promote active aging, especially in what concerns the way policies are formulated and implemented - if we consider aging as a process that involves and requires a set of measures that go beyond merely initiatives and activities promoting healthy lifestyles. The main results evidence that there are gaps in the way policies are formulated, implemented and evaluated, and there is a clear lack of coordination at various levels, mostly visible in the absence of guidance from central authorities.

# ÍNDICE

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
Enquadramento e objetivos de investigação.....	1
Abordagem metodológica e estrutura da dissertação .....	4

## PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

<b>1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO E DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>7</b>
1.1 Caracterização demográfica da população idosa em Portugal.....	8
1.2 Os desafios subjacentes ao aumento da longevidade.....	14
1.3 O papel das pessoas idosas na sociedade: rumo ao envelhecimento ativo.....	22
1.3.1 Teorias psicossociais do envelhecimento .....	23
1.3.2 Modelos de envelhecimento .....	24
<b>2. ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....</b>	<b>27</b>
2.1 Os processos de tomada de decisão: da perspectiva tradicional ao novo conceito de Governança .....	27
2.1.1 O conceito de política social e o Welfare State.....	27
2.1.2 Da nova gestão pública ao novo conceito de governança local.....	31
2.2 A importância do poder local nas políticas públicas de envelhecimento ativo.....	35
2.3 As políticas promotoras de envelhecimento ativo em Portugal.....	38

## PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

<b>3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>41</b>
3.1 Do fundamento da dissertação à abordagem metodológica.....	41
3.2 Retrato das políticas de envelhecimento ativo em Portugal .....	42
3.3. Formulação e implementação de políticas de envelhecimento – perspectiva multiescalar.....	44
<b>4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>49</b>
4.1 Resultados dos questionários .....	49
4.1.1 Caracterização da amostra.....	49
4.1.2 Função desempenhada pelos entrevistados .....	53
4.1.3 Conceitos .....	55
4.1.4 Visão .....	60



4.1.5 Políticas desenvolvidas e principais resultados .....	63
4.1.5.1 Análise por Ator .....	64
4.2 Análise das entrevistas.....	73
4.2.1 Análise geral por município.....	73
4.2.2 Análise das questões por município.....	77
4.2.3 Análise geral das instituições locais .....	79
4.2.4 Análise de algumas questões das instituições locais .....	82
4.3 Quadro síntese da análise.....	83
<b>CONCLUSÃO E QUESTÕES PARA UMA FUTURA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>105</b>
Anexo I – Os modelos de Welfare de Esping-Andersen .....	106
Anexo II – Eras do Governo Local .....	107
Anexo III - Questionário – “Políticas locais promotoras de envelhecimento ativo em Portugal”...	108
Anexo IV – Modelo de entrevista utilizado em Autarquias .....	111

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura etária da população por grandes grupos etários (2006-2016) .....	9
Tabela 2 Expectativa de Vida aos 65 anos 1980-2015 (número de anos).....	11
Tabela 3 - Taxa de Fertilidade total 2010-2015 (nados-vivos por mulher) .....	12
Tabela 4 - Amostra das organizações.....	51
Tabela 5 -Nível e fonte de conhecimento das autarquias para alguns conceitos-chave de envelhecimento .....	55
Tabela 6 - Nível de conhecimento das SCM para alguns conceitos-chave de envelhecimento.....	56
Tabela 7 - Nível e fonte de conhecimento das Universidades Sêniores para alguns conceitos-chave de envelhecimento .....	57
Tabela 8 -Nível e fonte de conhecimento das UCC para alguns conceitos-chave de envelhecimento ...	58
Tabela 9 - Visão das autarquias para fazer face ao envelhecimento populacional.....	60
Tabela 10 - Visão das SCM para fazer face ao envelhecimento populacional.....	61
Tabela 11- Visão das Universidades Sénior para fazer face ao envelhecimento populacional .....	62
Tabela 12 - Visão das UCC para fazer face ao envelhecimento populacional.....	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processo metodológico do estudo .....	5
Figura 2 - Variação da pirâmide etária na EU-28 entre 2001-2016 (% da população).....	10
Figura 3 - Índice de envelhecimento dos municípios em Portugal .....	13
Figura 4 - Índice de envelhecimento em Portugal 1991-2080 (estimativas e projeções) .....	14
Figura 5 - Respostas obtidas por NUTS II (%).....	50
Figura 6 - Mapa de respostas em Autarquias .....	52
Figura 7 - Mapa de respostas em Santas Casas da Misericórdia .....	52
Figura 8 - Mapa de respostas em Unidades de Cuidados na Comunidade .....	52
Figura 9 - Mapa de respostas em Universidades Sêniore .....	52
Figura 10 - Cargo desempenhado pelos inquiridos em autarquias .....	53
Figura 11 - Cargo desempenhado pelos inquiridos em Santas Casas da Misericórdia .....	53
Figura 12 - Cargo desempenhado pelos inquiridos em Universidades Sêniore .....	54
Figura 13 - Cargo desempenhado pelos inquiridos em Unidades de Cuidados na Comunidade .....	54
Figura 14 - Número de iniciativas implementadas em Universidades Sêniore (por área).....	64
Figura 15 - Ano de implementação das iniciativas em Universidades Sêniore .....	65
Figura 16 - Parceria com entidades locais em Universidades Sêniore (nº de respostas) .....	65
Figura 17 - Número de iniciativas implementadas em Unidades de Cuidados na Comunidade (por área) .....	66
Figura 18 - Ano de implementação das iniciativas em Unidades de Cuidados na Comunidade .....	67
Figura 19 - Parcerias com entidades locais em Unidades de Cuidados na Comunidade (nº de respostas) .....	67
Figura 20 - Número de iniciativas implementadas em Santas Casas da Misericórdia (por área) .....	68
Figura 21 - Ano de implementação das iniciativas em Santas Casas da Misericórdia .....	68
Figura 22 - Parcerias com entidades locais (nº de respostas) .....	69
Figura 23 - Número de iniciativas implementadas em Autarquias .....	70
Figura 24 - Tipo de iniciativas desenvolvidas em Autarquias.....	70
Figura 25 - Ano de implementação das iniciativas em Autarquias .....	71
Figura 26 - Quadro síntese da análise.....	87



## INTRODUÇÃO

### *Enquadramento e objetivos de investigação*

A demografia atual mostra que se está a assistir a um envelhecimento da população global, fenómeno que tende a ser cada vez mais acentuado pela fraca taxa de natalidade dos países desenvolvidos. A partir da segunda metade do século XX, os países mais desenvolvidos, designadamente no contexto europeu, têm vindo a enfrentar o envelhecimento da população com uma rapidez sem precedentes na história demográfica. Prevê-se que, até 2050, o número de pessoas idosas supere o número de jovens em todo o mundo (Harper, 2010).

Ao fazer uma análise da população que abarca os 28 países da União Europeia (EU-28), podemos verificar o envelhecimento em massa. A 1 de janeiro de 2016 foi estimado que a população da EU-28 era de 510,3 milhões, na qual 15,6% correspondia a jovens (0-14 anos), 65,3% a pessoas consideradas em idade ativa (15 a 64 anos) e 19,2% a pessoas com mais de 65 anos, ou seja, um aumento de 2,4% em relação aos 10 anos anteriores (EUROSTAT, 2017a).

Se analisarmos ainda a proporção de pessoas com 65 ou anos ou mais, tendo em conta a população total do país, podemos observar que Portugal é o quarto país mais envelhecido (20,7%), logo atrás de países como Alemanha (21,1%), Grécia (21,3%) e Itália (22,0%), enquanto que a Irlanda apresentou a menor percentagem (13,2%) (EUROSTAT, 2017a).

Segundo os últimos censos, 20% da população portuguesa tinha mais de 65 anos. Esta questão ganha ainda maior ênfase quando se olha para o índice de envelhecimento que, em 2011, era de 125,8%, um aumento de cerca de 20% face a 2001, e que nos mostra esta substancial diferença entre o número de população jovem e idosa, (FFMS, 2015).

Apesar de se considerar de forma positiva uma maior longevidade da população, é também preciso estar atento a todas as mudanças que isto acarreta, quer no plano individual, quer no plano coletivo. Viver mais tempo significa uma maior exposição a doenças crónicas, bem como a um declínio das redes pessoais e sociais, o que vai despoletar uma maior necessidade de apoios familiares e sociais (Ribeiro & Paúl, 2011). Já no plano coletivo, é preciso olhar para as exigências impostas pelas relações intergeracionais que irão afetar o campo económico (desequilíbrio entre grupos etários ativos e não ativos), para a sustentabilidade do setor da saúde e segurança social, para a competitividade no mercado de trabalho e, acima de tudo, perceber o lugar que a velhice vai ocupar na sociedade (Cabral & Ferreira, 2013).

Com esta mudança demográfica, começamos a presenciar uma mudança paradigmática, que força as políticas e os seus decisores a compreender que o processo de envelhecimento é contínuo, que não deve ser visto como limitativo, negativo e incapacitante (Barbosa, 2015).

O envelhecimento populacional deve ser encarado como um desafio, advindo de uma conquista de desenvolvimento e de progresso da população, bem como um indicador social, económico e político. Segundo Naue & Kroll (2010), esta mudança paradigmática deve ser processada dando às pessoas idosas a oportunidade de participar, de decidir, indo ao encontro das suas capacidades, de forma a que seja fomentada uma democracia mais participativa que seja capaz de formular políticas que tenham em conta as mudanças demográficas e sociais em que vivemos.

Também segundo a Age Platform Europe (2011), os indivíduos independentemente das suas idades devem gozar de direitos iguais em termos das suas condições de vida, da sua situação económica, da sua participação como cidadãos ou acesso a bens e serviços fundamentais. Os mesmos alegam que a conquista da igualdade não só coloca a população idosa ao mesmo nível que os restantes escalões etários, mas também dá o valor adequado à sua sabedoria e experiência.

O campo político deve, assim, focar as suas atenções cada vez mais no envelhecimento populacional, pois estas questões são consideradas um desafio para a formulação de políticas públicas e, conseqüentemente, para o desenho de estratégias capazes de promover um envelhecimento ativo, ou seja, o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (OMS, 2002).

Todas as políticas públicas no domínio do envelhecimento, formuladas quer a nível nacional ou mesmo emitidas pela União Europeia, devem ter como objetivo harmonizar os desequilíbrios sociais, inerentes a uma sociedade envelhecida, que vão desde o sistema de pensões, da segurança social, à adoção de medidas limitativas e prejudiciais dos interesses dos aposentados e reformados (Pereira, 2011).

Se tivermos ainda em consideração que cada local tem uma determinada configuração cultural própria, passível de influenciar uma certa cultura política e prática social dos seus atores, podemos concluir que o “nível local” assume uma importância no processo de formulação de uma multiplicidade ou pluralidade de políticas que se vão concretizando na sociedade. Além disto, torna-se importante na mediação entre a administração central e a sociedade, ou seja, num elo de ligação entre estas duas “entidades” (Ruivo, 1990).

Assim, o poder local e os atores locais apresentam-se como peças fulcrais na fomentação de um envelhecimento ativo. Segundo a Age Platform Europe (2011), eles são os mais habilitados a corresponder às necessidades e aos desafios que a população mais envelhecida enfrenta, na medida

em que estão na vanguarda da capitalização das oportunidades para o envelhecimento ativo. Estes atores locais, ou mesmo regionais, abarcam serviços e instalações em áreas como a educação, saúde, prática desportiva, transportes ou mesmo políticas de emprego que vão dar ênfase a boas práticas de envelhecimento ativo. A chave que abrirá as portas para garantir uma maior qualidade e bem-estar das pessoas idosas passa, em grande medida, pela adaptação destes atores a estes desafios.

O próprio documento publicado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), “*Active Ageing. A Policy Framework*”, lança as potencialidades de intervenção ao nível local. Com a otimização do envelhecimento ativo, ou seja, a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, é possível garantir uma maior qualidade de vida da população idosa (Bárrios & Fernandes, 2014).

O fenómeno demográfico abre, desta forma, uma janela de oportunidade para uma maior atuação do poder local, no sentido de ser uma alavanca para atores locais e regionais capitalizarem oportunidades para o envelhecimento ativo.

Se tivermos ainda em conta que atualmente se vive um clima de descentralização e apontando ao Decreto Lei nº 30/2015 de 12 de Fevereiro, 2015, que nos mostra a transferência de competências no âmbito da educação, serviços locais de saúde, contratos de desenvolvimento, inclusão social e cultura, podemos concluir que a formulação e implementação de políticas de envelhecimento ativo podem passar em grande parte pelas autarquias locais. No presente Decreto-Lei, é referido ainda que na área da Saúde umas das novas competências das autarquias locais é “*Participar nos programas de promoção de saúde pública, comunitária e vida saudável e de envelhecimento ativo*” e na área da Ação Social “*Desenvolver programas nas áreas de conforto habitacional para pessoas idosas, designadamente em articulação com entidades públicas, instituições particulares de solidariedade social ou com as estruturas de gestão dos programas temáticos*”.

Embora as políticas locais de apoio à população idosa constem na lei através da Rede Social (Decreto-Lei nº 115/2006) ou do plano de descentralização de competências (n.º 1 do art.º 23º da Lei nº 159/99), estas são, de um modo geral, pouco expressivas, materializando-se em programas de pequena dimensão muito associados ao investimento e gestão de equipamentos sociais (estruturas residenciais para idosos, centros de dia, entre outros) (Pereira, 2011).

Existe falta de estudos formais e estruturados que suportem estas questões, o que dificulta uma análise mais pormenorizada desta problemática, essencialmente quando falamos do caso português, que carece de um estudo global que foque todo o território. No entanto, há que destacar o estudo publicado por Barbosa (2015), que compara Portugal e Suécia no que respeita a iniciativas locais centradas no envelhecimento populacional, ou o de Bárrios (2017), que procura identificar e

analisar estratégias e orientações políticas de apoio ao envelhecimento, tendo em conta as características e as necessidades da população mais velha.

Desta forma, o intuito principal deste estudo é efetuar uma recolha das principais políticas locais promotoras de envelhecimento ativo, compreendendo os mecanismos de governança na sua formulação e implementação.

Especificamente, pretende perceber-se de que forma: i) a razão do crescimento do fenómeno de envelhecimento ativo constituir um desafio para as políticas públicas locais, compreendendo o conceito de envelhecimento ativo e o que este influi na formulação de políticas locais e ii) de que forma as orientações da União Europeia afetam a formulação de políticas de envelhecimento ativo no contexto português (fenómeno da Europeização). Estes objetivos de natureza mais teórica servirão depois para realizar um retrato das políticas locais promotoras de envelhecimento ativo, no contexto português, bem como analisar de que forma existe articulação/coordenação entre políticas e instituições promotoras de envelhecimento ativo, numa perspetiva multiescalar. Por fim, é relevante perceber o processo de formulação e implementação das iniciativas locais consideradas uma referência no panorama nacional.

### ***Abordagem metodológica e estrutura da dissertação***

A realização de uma investigação científica constitui um processo que possibilita a resolução de problemas ligados a fenómenos presentes no mundo em que vivemos, ou seja, uma descrição de acontecimentos, verificação de dados ou hipóteses, antecipação e controlo de fenómenos (Fortin, 1999).

De acordo, ainda, com Fortin (1999), o processo de investigação comporta três grandes fases: 1 | fase conceptual, na qual é escolhido e formulado um problema de investigação, sendo feita uma revisão da literatura considerada pertinente, bem como uma exposição dos objetivos, questões e hipóteses de investigação; 2 | fase metodológica, na qual é desenvolvido o desenho de investigação, definida a população alvo e a amostra, quais as variáveis subjacentes e como será feita a colheita e análise de dados; e, por fim, 3 | fase empírica, na qual é feita a recolha dos dados e sua respetiva análise, para depois interpretar e comunicar os resultados.

Desta forma, a elaboração deste estudo comporta as três fases descritas anteriormente. Assim, foi identificado o problema de investigação, que visa conhecer e identificar as políticas locais promotoras de envelhecimento ativo, percebendo a sua articulação multiescalar e através do mesmo analisar os principais pontos teóricos o norteiam. Depois uma fase metodológica, que incide na aplicação de questionários e num estudo de caso, cuja população alvo serão diversas instituições locais ligadas à promoção do envelhecimento ativo e por fim, a fase empírica que se debruçará na



recolha e análise dos questionários e entrevistas e na discussão dos resultados alcançados. O processo metodológico do estudo pode ser observado na Figura 1.

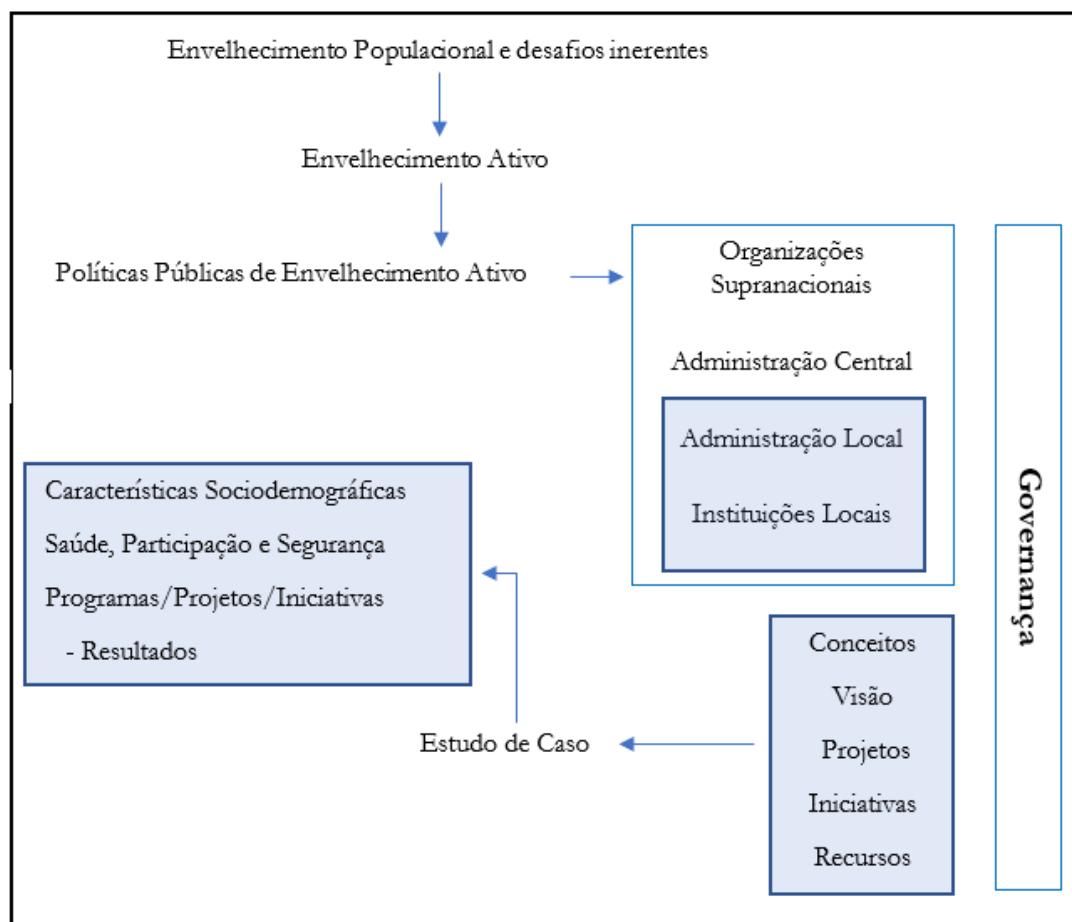


Figura 1 - Processo metodológico do estudo.

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta os pressupostos acima referidos, em primeiro lugar, este estudo contemplará uma vertente mais teórica, sistematizada, de revisão bibliográfica, assente em três grandes temas: o contexto demográfico e os desafios do envelhecimento, políticas públicas de envelhecimento ativo e governança local.

Em segundo lugar, o estudo adota uma abordagem empírica, devidamente sustentada num quadro de referência teórico e conceptual com a análise descrita na fase teórica da dissertação, a qual pretende numa primeira fase efetuar um retrato das políticas locais promotoras de envelhecimento ativo a nível nacional, através de um questionário, para numa fase seguinte efetuar um estudo de caso em alguns municípios, através de entrevistas.

A organização desta dissertação contempla o trabalho de investigação na sua vertente teórica e conceptual com a análise e resultados advindos do trabalho empírico.

No Capítulo I, “Contexto demográfico e desafios do envelhecimento”, procura-se efetuar uma caracterização demográfica da população idosa em Portugal, numa análise comparada com os restantes países da União Europeia; quais os desafios subjacentes ao aumento da longevidade e por fim, qual o papel das pessoas idosas na sociedade, de forma a chegar ao conceito de envelhecimento ativo.

No Capítulo II, “Envelhecimento e Políticas Públicas”, é desenvolvida uma reflexão dos processos de tomada de decisão, nomeadamente a passagem da perspectiva tradicional do poder local ao novo conceito de governança local, percecionando ainda o papel do poder local na formulação e implementação de políticas promotoras de envelhecimento ativo numa perspectiva multiescalar. O segundo capítulo contempla ainda uma análise sobre as políticas locais promotoras de envelhecimento ativo.

No Capítulo III, “Considerações metodológicas do estudo empírico”, é descrita a metodologia utilizada no estudo empírico, bem como efetuada uma análise minuciosa das duas etapas do trabalho desenvolvido, o retrato das políticas locais promotoras de envelhecimento ativo, através do questionário e da etapa consequente, o estudo de caso.

O Capítulo IV, “Análise e discussão dos resultados” apresenta um retrato das políticas locais promotoras de envelhecimento ativo em Portugal, através de uma análise por ator e a nível global, efetuada utilizando os questionários desenvolvidos e uma análise/ discussão das entrevistas realizadas.

Por fim, na “Conclusão e questões para um futura investigação” é apresentada uma reflexão conclusiva que sumaria os principais aspetos teóricos de referência deste estudo, com os resultados obtidos no estudo empírico. São introduzidas ainda algumas sugestões e preocupações que poderão servir como pontos de partida para futuras reflexões e estudos nesta área.

## PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

### CAPÍTULO 1

#### CONTEXTO DEMOGRÁFICO E DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO

##### *1.1 Caracterização demográfica da população idosa em Portugal*

O termo de “envelhecimento” é usado frequentemente numa perspetiva generalista pela maioria da população. No entanto, este pode ser analisado sob dois pontos de vista díspares: envelhecimento individual, que se subdivide em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico, e envelhecimento coletivo (Rosa, 2016).

O envelhecimento cronológico, como o próprio termo indica, refere-se à idade, sendo um processo universal e irreversível que mostra a passagem do tempo desde que o indivíduo nasce. Para Friedrich (2001), esta Era cronológica pode ser vista como uma unidade grosseira de desenvolvimento que não afeta de forma direta a condição ou o comportamento da pessoa. Este tipo de envelhecimento não deve ainda ser confundido com “doença” e, apesar de progressivo, pode ter momentos de aceleração variável, o que pode remeter-nos para a ideia de que é a partir de certa idade que todo o processo se desencadeia, algo que é erróneo (Rosa, 2016). Já o envelhecimento biopsicológico, também designado senescência, diz respeito ao declínio funcional do indivíduo, que pode estar ligado ao avançar da idade cronológica, mas que se manifesta de forma singular, de indivíduo para indivíduo, não devendo ser analisado par a par. Certo é que, ao longo dos anos, existem modificações corporais e psicológicas que vão moldando o envelhecimento humano e com ele mudanças a nível dos próprios papéis sociais e estatutos na sociedade, decorrentes de processos de declínio cognitivo e tomada de decisão (Silva, 2006; Schneider & Irigaray, 2008).

O envelhecimento coletivo, um termo relativamente recente, está ligado às questões da própria demografia, podendo ser descrito como uma classificação dos indivíduos, de forma indistinta, em categorias fixas (Rosa, 2016). Com base neste tipo de envelhecimento, efetua-se de seguida uma análise de dados demográficos, quer da União Europeia (com recurso ao Eurostat), quer do território nacional (por via do Instituto Nacional de Estatística - INE), permitindo analisar, por exemplo, taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade, que vão posteriormente condicionar a formulação de políticas e a condição de vida das pessoas idosas (Bárrios, 2017).

Globalmente, tem-se assistido a um aumento da longevidade, fruto dos avanços tecnológicos e científicos em áreas como a saúde, mas também numa melhoria da qualidade de vida que se tem repercutido na maioria dos países por todo o mundo. Segundo a United Nations (2017), a

expectativa de vida ao nascer aumentou 3,6 anos entre 2000-2005 e 2010-2015, ou seja, em termos numéricos, de 67,2 para 70,8 anos.

A população é classificada envelhecida quando as pessoas idosas se tornam uma parcela proporcionalmente maior da população total; ou seja, quando se analisa o envelhecimento do ponto de vista demográfico, observa-se o aumento da população com mais de 60 ou 65 anos, pelo aumento da esperança média de vida e pela respetiva diminuição da percentagem de pessoas com idade inferior a 15 ou 19 anos (United Nations Population Fund & HelpAge International, 2012).

Na segunda metade do século XX, os países mais desenvolvidos e, em particular, a Europa, têm vindo a enfrentar o envelhecimento da população, com uma rapidez sem precedentes na história demográfica. Prevê-se que, até 2050, o número de pessoas idosas supere o número de jovens em todo o mundo (Harper, 2010).

Como já referido anteriormente, a 1 de janeiro de 2016 foi estimado que a população da EU-28 era de 510,3 milhões, na qual 15,6% correspondia a jovens (0-14 anos), 65,3% a pessoas consideradas em idade ativa (15 a 64 anos) e 19,2% a pessoas com mais de 65 anos, ou seja, um aumento de 2,4% em relação aos 10 anos anteriores (Tabela 1).

Ao observar-se a proporção de pessoas com 65 ou anos ou mais, tendo em conta a população total do país, podemos verificar que Portugal é o quarto país mais envelhecido (20,7%), logo atrás de países como Alemanha (21,1%), Grécia (21,3%) e Itália (22,0%), enquanto a Irlanda apresenta a menor percentagem (13,2%). Por outro lado, e englobando os países da Associação Europeia de Comércio Livre (EFTA) e dos países candidatos à União Europeia (UE), verificamos que as exceções do envelhecimento demográfico estão em países como a Turquia e Islândia, nos quais a percentagem de população mais jovem era alta (24,0% e 20% respetivamente), com a população acima dos 65 anos a registar valores mais baixos (8,2% e 13,9% respetivamente).

Quanto à idade média na EU-28 (42,6 anos em 2016), verifica-se que a mesma aumentou 4,3 anos entre 2001 e 2016, o que em média significa 0,3 anos por ano. Já numa análise dos últimos 10 anos, observa-se que a idade média aumentou em todos os Estados-Membros da EU, aumentando 4,0 ou mais anos em países como Portugal, Grécia, Lituânia, Roménia e Espanha. Estes dados vêm corroborar o aumento da população mais velha, até porque ao analisar a média de idades registada em 2016, depressa conclui-se que metade da população na EU-28 tinha mais de 42,6 anos de idade.

O crescimento da parcela relativa às pessoas mais velhas tem na sua génese uma explicação que pode ser vista como uma conjugação entre um aumento da longevidade, algo que tem ocorrido nas últimas décadas face ao aumento da expectativa de vida, e que pode ser medido através da taxa de mortalidade e expectativa de vida e, pelos níveis de fertilidade, insistentemente baixos ao longo dos últimos anos e que contribuem para o a diminuição da população jovem.

	0-14 anos		15-64 anos		65 ou mais anos	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016
EU-28 (*) (2)	16,0	15,6	67,1	65,3	16,8	19,2
Belgium (*)	17,1	17,0	65,7	64,7	17,2	18,2
Bulgaria	13,4	14,0	69,2	65,6	17,5	20,4
Czech Republic	14,6	15,4	71,1	66,2	14,2	18,3
Denmark	18,7	16,8	66,1	64,3	15,2	18,8
Germany (*)	14,1	13,2	66,7	65,7	19,3	21,1
Estonia (*)	15,0	16,1	68,1	64,9	16,9	19,0
Ireland (*)	20,5	21,9	68,5	64,9	11,0	13,2
Greece	14,9	14,4	66,6	64,3	18,5	21,3
Spain	14,5	15,1	68,8	66,1	16,6	18,7
France (*)	18,5	18,5	65,1	62,8	16,4	18,8
Croatia (*)	15,8	14,6	66,7	66,2	17,5	19,2
Italy	14,1	13,7	66,0	64,3	19,9	22,0
Cyprus	19,4	16,4	68,5	68,4	12,2	15,1
Latvia	14,5	15,2	68,5	65,1	17,0	19,6
Lithuania	16,6	14,7	67,2	66,3	16,3	19,0
Luxembourg (*)	18,4	16,5	67,5	69,3	14,1	14,2
Hungary (*)	15,4	14,5	68,8	67,2	15,8	18,3
Malta	17,1	14,2	69,1	66,7	13,8	19,0
Netherlands	18,3	16,5	67,5	65,3	14,3	18,2
Austria	15,9	14,3	67,6	67,2	16,4	18,5
Poland (*)	16,2	15,0	70,4	69,1	13,3	16,0
Portugal	15,9	14,1	66,8	65,1	17,4	20,7
Romania	16,9	15,5	68,4	67,0	14,7	17,4
Slovenia (*)	14,1	14,8	70,3	66,7	15,6	18,4
Slovakia	16,7	15,3	71,5	70,2	11,8	14,4
Finland	17,3	16,3	66,8	63,2	16,0	20,5
Sweden	17,3	17,4	65,4	62,8	17,3	19,8
United Kingdom	18,0	17,7	66,1	64,4	15,9	17,9
Iceland	21,8	20,0	66,5	66,1	11,7	13,9
Liechtenstein	17,4	14,9	71,1	68,6	11,6	16,5
Norway	19,5	17,9	65,8	65,6	14,7	16,4
Switzerland (*)	16,0	14,9	68,0	67,2	16,0	18,0
Montenegro	20,4	18,3	66,8	67,6	12,8	14,1
The former Yugoslav Republic of Macedonia	19,5	16,7	69,4	70,3	11,1	13,0
Albania	25,7	17,7	65,7	69,5	8,6	12,9
Serbia (*)	15,7	14,4	67,1	66,6	17,2	19,0
Turkey	27,0	24,0	66,3	67,7	6,7	8,2

Tabela 1 - Estrutura etária da população por grandes grupos etários entre 2006-2016 (% da população total).  
Fonte: EUROSTAT (2017a)

Assim, estes dois fatores acabam por contribuir para um aumento do envelhecimento populacional através de dois fenómenos: o “envelhecimento no fundo” e o “envelhecimento no topo” da pirâmide etária (ver Figura 2).

A observação dos dados referentes à expectativa de vida no nascimento na EU-28 em 2015, permite perceber que esta diminui ligeiramente (-0,3 anos face a 2014), estando situada nos 80,6 anos. Desde 2002, altura em que os dados ficaram disponíveis para todos os Estados-Membros da UE, que não se verificava uma diminuição na expectativa de vida. No entanto, nos últimos 15 anos, a expectativa de vida aumentou 2,9 anos, na EU-28, de 77,7 anos para os atuais 80,6 anos, já referenciados anteriormente.

É de referir, ainda, que não é possível afirmar se esta redução da expectativa de vida, observada entre 2014 e 2015, é apenas temporária ou se esta diminuição continuará nos anos seguintes.

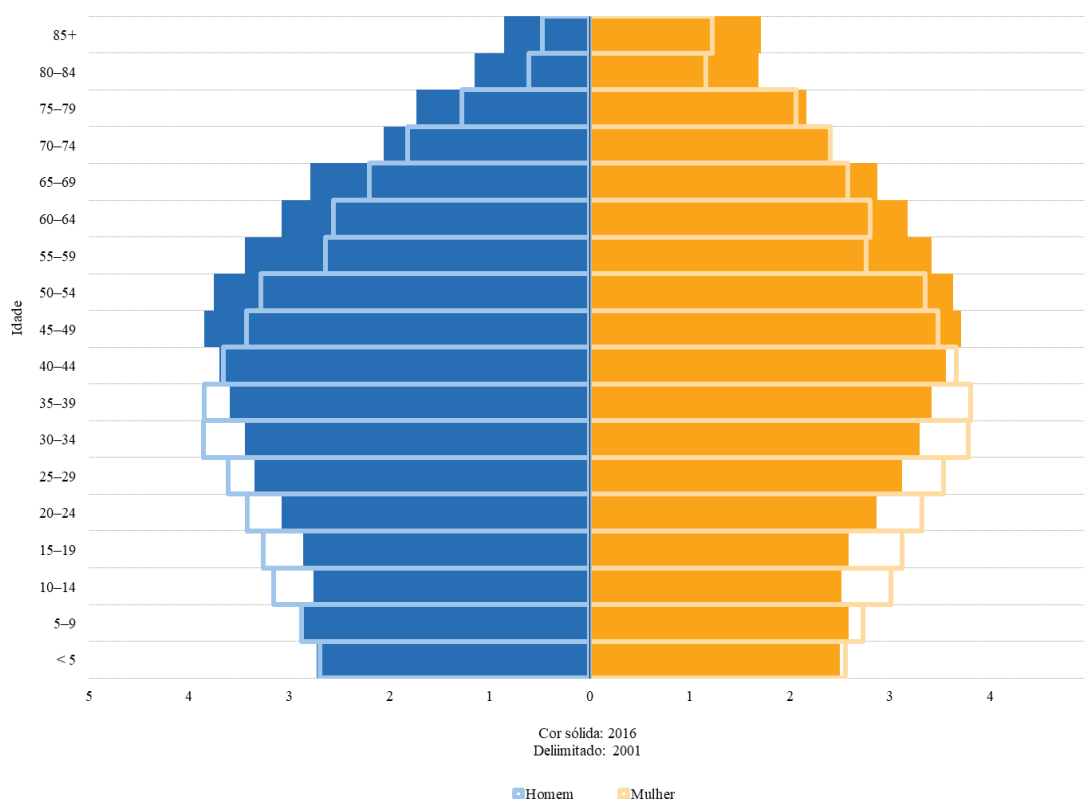


Figura 2 - Variação da pirâmide etária na EU-28 entre 2001-2016 (% da população).

Fonte: EUROSTAT, (2017b)

Quanto à expectativa de vida aos 65 anos, é de realçar a ligeira diminuição que ocorreu em 2015. Com efeito, a expectativa foi estimada em 19,7 anos (-0,3 anos face a 2014), diminuindo 0,4 anos para as mulheres (21,2 anos) e 0,3 anos para os homens (17,9 anos).

A expectativa de vida aos 65 anos diminuiu em 22 Estados-Membros, num máximo de 0,6 anos no Chipre e Itália (20,2 para 19,6 anos e 21,2 para 20,6 anos respetivamente), para um mínimo de 0,1 anos na Dinamarca (19,5 para 19,5 anos). Quanto a Portugal, ocorreu uma diminuição de 0,2 anos entre 2014 e 2015, de 20,2 para 20,0 anos (Tabela 2).

Apenas a Finlândia e a Estónia apresentaram uma expectativa de vida crescente aos 65 anos, de 0,1 anos (20,1 para 20,2 anos) e 0,2 anos (18,4 para 18,6 anos) respetivamente. Quanto aos países candidatos e países da EFTA, estes apresentaram as mesmas tendências na expectativa de vida aos 65 anos, ou seja, uma expectativa de vida estável/decrecente, à exceção do Liechtenstein, onde houve um crescimento de 0,8 anos (19,9 para 20,7 anos).

	Total						
	1980	1990	2000	2010	2013	2014	2015
<b>EU-28 <sup>(1)</sup></b>	:	:	:	19,4	19,7	20,0	19,7
<b>Belgium <sup>(2)</sup></b>	15,0	16,8	17,8	19,6	19,7	20,3	20,0
<b>Bulgaria</b>	13,6	14,0	14,1	15,6	16,2	16,0	16,0
<b>Czech Republic</b>	13,0	13,7	15,7	17,4	17,7	18,1	17,8
<b>Denmark</b>	15,7	16,1	16,9	18,4	19,1	19,5	19,4
<b>Germany</b>	14,9	16,3	18,0	19,5	19,5	19,9	19,5
<b>Estonia <sup>(3)</sup></b>	14,2	14,4	15,4	17,4	18,2	18,4	18,6
<b>Ireland <sup>(4)</sup></b>	:	15,2	16,4	19,3	19,5	19,8	19,8
<b>Greece</b>	16,2	17,0	18,0	19,7	20,2	20,3	19,9
<b>Spain</b>	16,4	17,5	18,8	20,9	21,4	21,5	21,1
<b>France <sup>(5)</sup></b>	:	:	19,3	21,3	21,6	22,0	21,6
<b>Croatia</b>	:	:	:	16,7	17,4	17,5	17,1
<b>Italy</b>	:	17,2	18,9	20,4	20,9	21,2	20,6
<b>Cyprus</b>	:	:	17,2	19,7	20,1	20,2	19,6
<b>Latvia</b>	:	:	:	16,1	16,8	17,0	17,0
<b>Lithuania</b>	15,3	15,6	16,1	16,7	17,1	17,4	17,1
<b>Luxembourg</b>	14,7	16,7	18,1	19,6	20,6	20,7	20,5
<b>Hungary</b>	13,3	13,9	15,1	16,5	16,8	16,9	16,6
<b>Malta</b>	11,8	:	16,9	19,9	20,0	20,3	20,3
<b>Netherlands</b>	:	17,0	17,5	19,5	19,8	20,1	19,8
<b>Austria</b>	14,9	16,6	18,1	19,8	20,0	20,3	19,8
<b>Poland <sup>(6)</sup></b>	:	14,6	15,8	17,6	18,0	18,4	18,2
<b>Portugal <sup>(7)</sup></b>	14,7	15,7	17,4	19,3	19,9	20,2	20,0
<b>Romania <sup>(7)</sup></b>	13,4	14,3	14,8	16,1	16,6	16,6	16,4
<b>Slovenia</b>	:	15,6	16,9	19,2	19,5	19,9	19,7
<b>Slovakia</b>	13,7	14,3	15,0	16,3	17,0	17,4	17,2
<b>Finland</b>	15,1	16,2	17,8	19,7	20,1	20,1	20,2
<b>Sweden</b>	16,3	17,4	18,6	19,8	20,1	20,3	20,2
<b>United Kingdom <sup>(7)</sup></b>	:	:	17,6	19,6	19,8	20,1	19,8
<b>Iceland</b>	17,5	18,1	18,9	19,9	20,0	20,9	20,5
<b>Liechtenstein</b>	:	:	17,5	20,7	20,6	19,9	20,7
<b>Norway</b>	16,4	16,8	18,1	19,7	20,0	20,3	20,3
<b>Switzerland</b>	16,5	17,7	19,2	20,9	21,0	21,3	21,0
<b>Montenegro</b>	:	:	:	16,3	16,3	16,4	16,2
<b>The former Yugoslav Republic of Macedonia</b>	:	:	14,1	15,0	15,5	15,4	15,3
<b>Albania <sup>(7)</sup></b>	:	:	:	:	:	17,6	17,0
<b>Serbia</b>	:	:	13,6	15,2	15,7	15,8	15,7
<b>Turkey</b>	:	:	:	17,3	18,2	18,0	17,9

Tabela 2 Expectativa de Vida aos 65 anos 1980-2015 (número de anos).

Fonte: EUROSTAT, (2017b)

Como referido anteriormente, a taxa de fertilidade é um dos micro-indicadores capazes de influenciar o envelhecimento da população. As taxas de fertilidade diminuíram desde a década de 1960 até 2000, altura em que a taxa de fertilidade total na Eu-28 mostrou sinais de aumento. No entanto, no período entre 2010 e 2013 voltou a ocorrer um declínio, seguido por um ligeiro aumento em 2014 e a estabilidade em 2015.

Em 2015, a taxa de fertilidade total na EU-28 era de 1,58 nados-vivos por mulher (mesma taxa registada em 2014). Entre os países dos Estados-Membros da UE, a França obteve a maior taxa de fertilidade total, com 1,96 nados-vivos por mulher. Em oposição, as taxas de fertilidade total mais

baixas em 2015 foram registadas em Portugal (1,31 nascidos vivos por mulher), Polónia e Chipre (ambos com 1,32 nascidos vivos por mulher) e Grécia e Espanha (ambos com 1,33 nascidos vivos por mulher).

Nos últimos 45 anos, as taxas de fertilidade total nos Estados-Membros da UE têm convergido em geral. Em 2010, a disparidade entre as taxas mais altas (registada na Irlanda) e as taxas mais baixas (registada na Hungria) foi de 0,8 nados-vivos por mulher. Esta diferença de 0,8 nados-vivos por mulher foi repetida tanto em 2013 como em 2014, quando a maior taxa de fertilidade total foi verificada na França e a menor em Portugal. Os mesmos dois Estados-Membros estavam no mesmo patamar em 2015, embora o fosso tenha diminuído para 0,7 nascidos vivos por mulher face à diminuição da taxa na França e do aumento em Portugal (ver tabela 3).

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2013	2014	2015
<b>EU-28 (*)</b>	:	:	:	:	:	1,62	1,55	1,58	1,58
<b>Belgium (*)</b>	2,54	2,25	1,68	1,62	1,67	1,86	1,75	1,73	1,70
<b>Bulgaria</b>	2,31	2,17	2,05	1,82	1,26	1,57	1,48	1,53	1,53
<b>Czech Republic</b>	2,09	1,92	2,08	1,90	1,15	1,51	1,46	1,53	1,57
<b>Denmark</b>	2,57	1,95	1,55	1,67	1,77	1,87	1,67	1,69	1,71
<b>Germany</b>	:	:	:	:	1,38	1,39	1,42	1,47	1,50
<b>Estonia (*)</b>	1,98	2,17	2,02	2,05	1,36	1,72	1,52	1,54	1,58
<b>Ireland</b>	3,78	3,85	3,21	2,11	1,89	2,05	1,96	1,94	1,92
<b>Greece</b>	2,23	2,40	2,23	1,39	1,25	1,48	1,29	1,30	1,33
<b>Spain</b>	:	:	2,20	1,36	1,23	1,37	1,27	1,32	1,33
<b>France (*)</b>	:	:	:	:	1,89	2,03	1,99	2,01	1,96
<b>Croatia</b>	:	:	:	:	:	1,55	1,46	1,46	1,40
<b>Italy</b>	2,37	2,38	1,64	1,33	1,26	1,46	1,39	1,37	1,35
<b>Cyprus</b>	:	:	:	2,41	1,64	1,44	1,30	1,31	1,32
<b>Latvia</b>	:	:	:	:	1,25	1,36	1,52	1,65	1,70
<b>Lithuania</b>	:	2,40	1,99	2,03	1,39	1,50	1,59	1,63	1,70
<b>Luxembourg</b>	2,29	1,97	1,50	1,60	1,76	1,63	1,55	1,50	1,47
<b>Hungary</b>	2,02	1,98	1,91	1,87	1,32	1,25	1,35	1,44	1,45
<b>Malta</b>	:	:	1,99	2,04	1,70	1,36	1,38	1,42	1,45
<b>Netherlands</b>	3,12	2,57	1,60	1,62	1,72	1,79	1,68	1,71	1,66
<b>Austria</b>	2,69	2,29	1,65	1,46	1,36	1,44	1,44	1,47	1,49
<b>Poland (*)</b>	:	:	:	2,06	1,37	1,41	1,29	1,32	1,32
<b>Portugal</b>	3,16	3,01	2,25	1,56	1,55	1,39	1,21	1,23	1,31
<b>Romania</b>	:	:	2,43	1,83	1,31	1,59	1,46	1,52	1,58
<b>Slovenia</b>	:	:	:	1,46	1,26	1,57	1,55	1,58	1,57
<b>Slovakia</b>	3,04	2,41	2,32	2,09	1,30	1,43	1,34	1,37	1,40
<b>Finland</b>	2,72	1,83	1,63	1,78	1,73	1,87	1,75	1,71	1,65
<b>Sweden</b>	:	1,92	1,68	2,13	1,54	1,98	1,89	1,88	1,85
<b>United Kingdom</b>	:	:	1,90	1,83	1,64	1,92	1,83	1,81	1,80
<b>Iceland</b>	:	2,81	2,48	2,30	2,08	2,20	1,93	1,93	1,80
<b>Liechtenstein</b>	:	:	:	:	1,57	1,40	1,45	1,59	1,40
<b>Norway</b>	:	2,50	1,72	1,93	1,85	1,95	1,78	1,75	1,72
<b>Switzerland</b>	2,44	2,10	1,55	1,58	1,50	1,52	1,52	1,54	1,54
<b>Montenegro</b>	:	:	:	:	:	1,70	1,73	1,75	1,74
<b>FYR of Macedonia</b>	:	:	:	:	1,88	1,56	1,49	1,52	1,50
<b>Albania</b>	:	:	:	:	:	:	:	1,79	1,67
<b>Serbia</b>	:	:	:	:	1,48	1,40	1,43	1,46	1,46
<b>Turkey</b>	:	:	:	:	:	2,04	2,08	2,17	2,14

Tabela 3 - Taxa de Fertilidade total 2010-2015 (nados-vivos por mulher).

Fonte: EUROSTAT, (2017b)

Por fim, é importante analisar alguns dados internos, ou seja, perceber dentro do território português quais as áreas geográficas mais envelhecidas.

O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território português e deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país, como se ilustra na representação cartográfica por municípios (Figura 3).



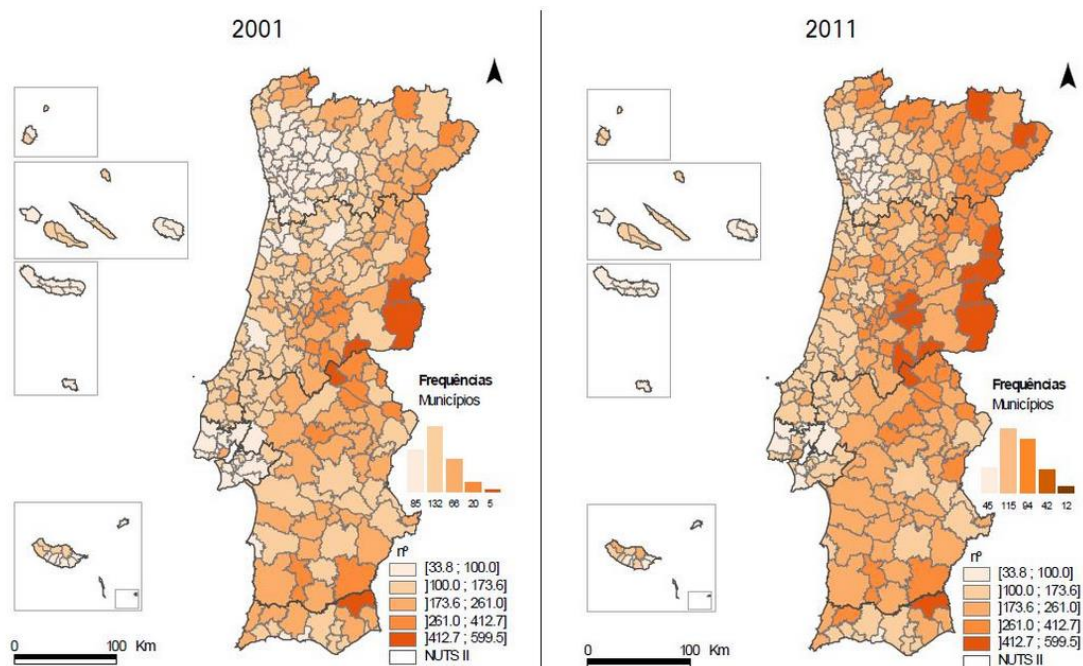


Figura 3 - Índice de envelhecimento dos municípios em Portugal.  
Fonte: INE, (2011)

Utilizando os dados referentes aos últimos censos, em 2011, podemos constatar que o índice de envelhecimento do país era de 129%, número esse que já aumentou ao longo dos últimos anos e que aumentará segundo as projeções já efetuadas (Figura 4).

Em 2001, eram 85 os municípios com um índice de envelhecimento menor ou igual a 100, no entanto, em 2011 este número reduziu quase para metade (45). Ainda que com oscilações, entre as várias décadas pode, no entanto, referir-se que este indicador regista os valores mais baixos entre a NUTS II do Norte e a NUTS das regiões autónomas e, em contrapartida, os mais elevados na NUTS II do Algarve, Alentejo, Centro e Lisboa (Bandeira et al., 2014).

Apenas 16 dos 308 municípios apresentavam em 2011 indicadores de envelhecimento inferiores aos de 2001. O município da Ribeira Grande, na Região Autónoma dos Açores, apresentou o menor índice de envelhecimento (37,3), ao contrário de Penamacor, com 599,5, o índice mais elevado de todo o país (INE, 2011).

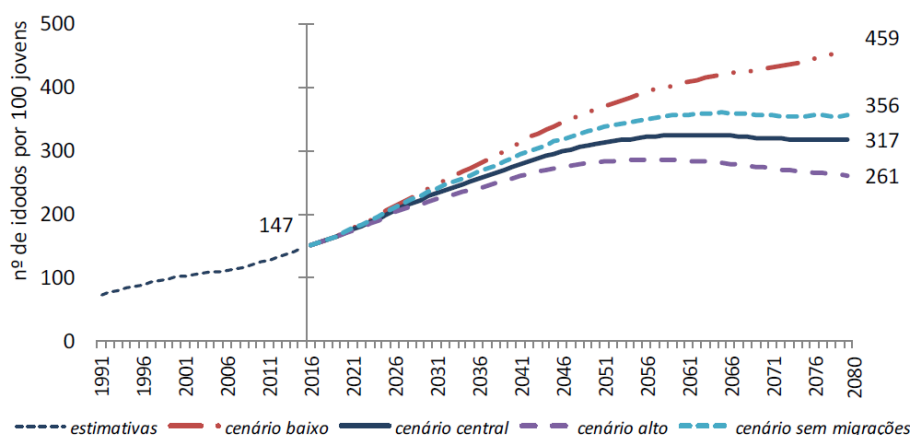


Figura 4 - Índice de envelhecimento em Portugal 1991-2080 (estimativas e projeções).  
Fonte: INE, (2017)

Em Portugal, e tendo em conta alguns cenários, o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (cenário alto). É de realçar ainda que o envelhecimento da população tenderá a apresentar alguma estabilização quando se começar a entrar na faixa etária dos 65 anos, quando em paralelo o contexto dos níveis de fecundidade já estiverem abaixo do limiar de renovação das gerações. Em termos de números, em 2080 (ver Figura 4), a população idosa poderá variar entre os 2,5 (cenário baixo) e 3,3 (cenário alto) milhões de pessoas, se tivermos em conta um aumento acentuado da esperança média de vida, num total de população a variar entre 5,8 (cenário alto) e 9,5 (cenário baixo) milhões de pessoas (INE, 2017).

## 1.2 Os desafios subjacentes ao aumento da longevidade

O envelhecimento da população é, nos dias de hoje, um fenómeno universal, que se faz sentir tanto em países desenvolvidos, como em países não desenvolvidos. No entanto, este processo assume maior importância quando olhamos para a discrepância entre países com maior e menor riqueza, trazendo para o debate os desafios que o envelhecimento da população acarreta, nomeadamente na garantia de uma continuidade do processo de desenvolvimento económico e social e respetiva certificação de uma equidade entre grupos etários na participação de recursos e bem-estar social (Kreling, 2010).

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento da população deu-se de forma paulatina, ao longo de mais de um século, o que permitiu ser acompanhado de um crescente progresso socioeconómico e consequente melhoria das condições de vida da população, que abarcou um sistema de proteção social muito amplo (Kalache, Veras & Ramos, 1987). Hoje em dia, estes países,

nos quais se insere Portugal, apresentam limitações orçamentais, concretamente neste sistema de proteção social, fruto do aumento do número de idosos e das baixas taxas de fecundidade e mortalidade, que a longo prazo podem se tornar um problema e um desafio para a saúde financeira dos mesmos.

Por outro lado, os países em via de desenvolvimento, acabam por presenciar o envelhecimento da população de forma extremamente rápida, ao mesmo tempo que se encontram rodeados de um ambiente socioeconómico pouco favorável, com uma proteção social precária (Kalache et al., 1987; Kreling, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, nacionais e locais, que requerem um planeamento inovador e reformas políticas tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Os sete desafios delineados são: (1) “Aumento de casos de dupla doença”, ou seja, uma conjugação de doenças transmissíveis e não transmissíveis; (2) “Maior risco de deficiência”, levado a cabo pelo aumento de doenças crónicas; (3) “Provisão de cuidado para a população em processo de envelhecimento”, sempre com a tríade do autocuidado, apoio informal (cuidados prestados por familiares e amigos) e apoio formal (serviço social e de saúde) em constante ligação; (4) “Feminização do envelhecimento”, em que riscos como isolamento, pobreza, maior incidência de doenças crónicas são dados a ter em conta; (5) “Ética e Injustiças”, onde várias considerações éticas aparecem, relacionadas com discriminação da idade na alocação de recursos, cuidados a longo prazo e em torno dos direitos humanos de cidadãos pobres e portadores de deficiência; (6) “Economia da população em processo de envelhecimento”, na qual os governantes temem uma explosão incontroável em gastos na área da saúde e em custos com a segurança social; (7) “Criação de um novo paradigma”, que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade, com contributos ativos e beneficiários do respetivo desenvolvimento.

O envelhecimento da população reflete-se desde logo na forma como a sociedade encara as pessoas idosas, uma visão por vezes negativa e preconceituosa. A população idosa tem sido descrita erroneamente como um grupo homogéneo, onde a imagem dominante é a de dependência, fragilidade, e sobrecarga para os recursos da comunidade. Durante muitas décadas, a pessoa idosa foi reduzida a um ser sem voz, visto como alguém sem ideias, fora do mercado e dos avanços científicos (Costa & Santos, 2014).

No entanto, esta visão começou a mudar a partir dos anos 90, altura em que devido ao aumento exponencial da população idosa é percecionado um novo nicho de mercado. Com isso, emerge uma nova imagem da pessoa idosa, mais ativa e participativa. Observa-se assim, uma modificação no olhar negativo que a sociedade tinha da velhice (Caldas & Thomaz, 2010).

Outro aspeto a ter em conta é o nível de exigência e as expectativas que as pessoas idosas apresentam, fruto de maiores níveis de literacia/conhecimento. Com o passar dos anos, as pessoas idosas vão apresentar níveis de alfabetização maiores, o que vai levar a uma maior exigência destes perante as políticas públicas formuladas. Serão assim, idosos que vão lutar pelos seus direitos económicos, sociais e culturais, de modo a serem voz ativa nas decisões que diretamente lhes dizem respeito (Naue & Kroll, 2010b; ONU, 2002).

Deste modo, será crucial o envolvimento dos diferentes tipos de governança (central, regional e local), e respetivos *stakeholders*, pois o sucesso das políticas públicas formuladas vai depender da integração das pessoas idosas na tomada de decisão e legitimação dessas decisões. As pessoas idosas desempenham novos papéis, vivem mais tempo de forma independente, e, trabalham para além da reforma, quer de forma informal, quer através de ações de voluntariado, promovidas por organizações locais e nacionais. (Naue & Kroll, 2010b) É tendo em conta tudo isto, que diversos organismos mundiais, como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a Comissão Europeia (CE), a Organização das Nações Unidas (ONU) e a OMS têm avançado com um conjunto de recomendações e preocupações, nos diversos relatórios publicados, que acabam por influenciar as políticas desenvolvidas a níveis mais locais.

Estando consciente de que a população idosa continuará a aumentar, devido a uma cada vez mais crescente esperança média de vida, Amaro (2015) elenca uma série de desafios que advém deste fenómeno e que serão escrutinados de seguida: i) aumento dos gastos sociais e com a saúde, devido também ao aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis na população idosa; ii) aumento dos encargos do Estado com a Previdência Social, na qual se podem destacar os regimes de pensões e segurança social e alteração da estruturada e das relações familiares, e, iii) alteração do trajeto de vida e do trabalho.

#### i) A sustentabilidade dos serviços sociais e de saúde

O aumento da longevidade leva a um maior risco de declínio na independência funcional. Em indivíduos, com idade igual ou superior a 75 anos, a perda de independência a cada ano cifra-se nos 10%, conforme registado pelas atividades de vida diária. Este declínio está geralmente associado a maiores taxas de internamento hospitalar e mortalidade (Berke, Koepsell, Moudon, Hoskins & Larson, 2007).

É ainda de realçar a existência de uma correlação muito clara entre idade e incapacidade. Em alguns países, dois terços das pessoas com incapacidade apresentam uma idade acima dos 65 anos e um terço das pessoas mais velhas tem algum tipo de incapacidade. Normalmente, o avanço da idade pode trazer uma série de problemas que afetam a mobilidade, incluindo perda de força e equilíbrio, perda de acuidade visual e audição, perda de destreza manual e aumento acentuado de problemas neurológicos, como demências e problemas cognitivos. Todas estas premissas dizem-nos

claramente que precisamos de projetar os espaços urbanos em torno das necessidades destas pessoas, em vez de esperar que sejam estas a adaptarem-se aos ambientes em que se encontram, percecionando ainda que este deve ser encarado como mais um desafio decorrente do aumento da população idosa (Frye, 2014). Mesmo a OMS, através da Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas idosas elenca uma série de tópicos que visam o respeito e a inclusão social na acessibilidade e segurança aos espaços urbanos, bem como os seus edifícios, de forma a proporcionar oportunidade de participação social por parte das pessoas idosas. O mote é motivar as pessoas idosas a manterem-se ativas e a viverem independentes nas suas comunidades (OMS, 2008). O mesmo acontece no conceito da OMS, de cidades saudáveis, as quais devem reunir uma série de indicadores tais como: um ambiente físico limpo e seguro; um ecossistema estável e sustentável; alto suporte social, sem exploração; alto grau de participação social; necessidades básicas satisfeitas; acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações; economia local diversificada e inovadora; orgulho e respeito pela herança biológica e cultural; serviços de saúde acessíveis a todos e, alto nível de saúde (Adriano, Werneck, Santos & Souza, 2000).

O crescimento da população idosa, por força do que já foi abordado anteriormente, leva a um aumento dos recursos despendidos na área da saúde. No “*Ageing Report*”, da European Commission (2015) é referido que “a estrutura demográfica, e a idade em particular, é um dos motores da subida das despesas com saúde ” (p.139). No entanto, no mesmo documento é referido que a crescente necessidade de cuidados terá de ser abordada tendo em conta as mudanças no setor dos cuidados informais, num rearranjo entre trabalho e vida de modo a facilitar o mesmo, bem como num maior apoio por parte do setor público a estes cuidadores.

Em alguns países da OCDE, entre 40% a 50% dos gastos em saúde são atribuídos aos idosos e o custo *per capita* daqueles que possuem mais de 65 anos é 3 a 5 vezes maior que nos restantes grupos etários. Em Portugal, os custos de internamento da população, em 2012, revelaram que 50,53% dos valores anuais foram utilizados na população com 65 ou mais anos (DGS, 2014).

É ainda de realçar a discrepância entre sexos, no que diz respeito a viver mais tempo. As mulheres vivem mais do que os homens. Em 2012, para cada 100 mulheres com 60 anos de idade, havia 84 homens. A chamada “feminização” do envelhecimento tem importantes implicações nas políticas de envelhecimento, pois as mulheres geralmente têm rendimentos mais baixos, mas maiores e melhores redes de apoio familiar (United Nations Population Fund & HelpAge International, 2012). Quanto às famílias, o tamanho das mesmas está a diminuir, face às reduzidas taxas de natalidade, migração de meios rurais para meios urbanos, entre outros fatores, que levam a fracos sistemas de apoio intergeracional. Até se olharmos para o nível de dependência, constatamos que quase metade das mulheres idosas vivem sozinhas, face a uma minoria por parte do sexo masculino. É fundamental que os sistemas de saúde e a formação dos profissionais de saúde em todos os níveis

sejam ajustados para atender aos requisitos das pessoas mais velhas (United Nations Population Fund & HelpAge International, 2012).

A família constitui o principal sistema de suporte do idoso, mesmo tendo em conta as dificuldades vivenciadas no mundo atual (Redante, Backes, Schawartz, Zielke & Lago, 2005), e são estas relações familiares as que os idosos vivem com mais veemência, com implicações no seu bem-estar e qualidade de vida (Coelho & Oliveira, 2007).

Quando a família não é capaz de responder às solicitações dos seus idosos acaba por transferir essas responsabilidades para instituições de acolhimento a pessoas idosas. Atualmente, é notória esta substituição de papéis, entre família e redes sociais de apoio, nomeadamente instituições para idosos, quer sejam estas de carácter temporário ou permanente (Andrade & Martins, 2011).

Posto isto, Capucha (2005) define como necessário expandir os equipamentos sociais destinados a este segmento de população, referindo como um elemento fortemente penalizante para a maioria dos idosos que se vão sentindo cada vez mais isolados e menos capazes de desempenhar as suas atividades de vida diária com autonomia e segurança. Em Portugal, a evolução do número de respostas que visam o apoio à população idosa teve um aumento de 57% (2000-2015), sobretudo respostas de apoio domiciliário (71%), mais 2700 unidades, e estruturas residências para pessoas idosas (66%), com mais 2418 respostas (Carta Social, 2015).

A utilização das respostas destinadas às pessoas idosas tem vindo a registar um decréscimo entre 2000 e 2015, cifrando-se abaixo dos 80% em 2015, excetuando em estruturas residenciais para pessoas idosas, que neste período apresentava uma taxa de ocupação de 92%. Esta tendência pode ter uma explicação no facto do aumento da oferta não ser acompanhado ao mesmo ritmo pela procura, não esquecendo também as dificuldades financeiras das famílias sentidas nos últimos anos. Em 2015, a taxa de utilização média no Continente das principais respostas para este tipo de população foi de 77%, observando-se uma assimetria ao longo do território português. No entanto, os maiores níveis de ocupação situaram-se na região Norte (Carta Social, 2015)

Em suma, o envelhecimento sob o ponto de vista otimista, com a garantia de que as pessoas idosas têm possibilidade de se envolverem e participarem em atividades sociais e culturais, leva a melhores níveis de saúde, com mais recursos económicos e sociais. No entanto, a população mais velha vive na sua maioria com escassos recursos, que dificulta esta integração, sendo este um desafio a combater (Bárrios, 2017).

## ii) O Estado e o regime de Pensões e Segurança Social

Ao analisar os índices de dependência da idade é possível estudar o nível de apoio dado às pessoas mais jovens e idosas pela população em idade ativa. O índice de dependência de idosos na EU-28 foi de 29,3% em 2016, ou seja, havia cerca de quatro pessoas em idade ativa para todas as pessoas com 65 ou mais anos. Em Portugal, os números são mais uma vez superiores (31,8%), sendo

interinamente a região do Alentejo aquela que apresenta níveis mais elevados (39,9%) e a Região Autónoma dos Açores a que apresenta os níveis mais baixos (19,6%) (EUROSTAT, 2017a; INE, 2018).

Este índice de dependência de idosos leva-nos a refletir sobre os apoios dados nomeadamente às pensões, com a entrada no período de reforma, e que continuam a constituir os maiores itens de despesas sociais nacionais em toda a Europa e nos restantes países desenvolvidos em todo o mundo (Kalache et al., 1987). Com o crescimento da população idosa, aumentam os gastos estatais, ou seja, aumenta a relação de dependência entre a parcela economicamente ativa e não ativa da população. A diminuição da população ativa e consequentemente o decréscimo da força de trabalho representa uma diminuição do crescimento económico potencial, o que em paralelo aumenta a despesa relativa aos sistemas de pensões, saúde entre outros. Isto coloca questões políticas acentuadas sobre a futura sustentabilidade do Estado Social, em face do envelhecimento demográfico, bem como da forma como a pessoa idosa é vista, um recetor essencialmente passivo, ainda que “merecedor” de pensões ou outras formas de apoios sociais (Kalache et al., 1987; Walker & Maltby, 2012).

A economia começou a mostrar dificuldades em assegurar a reforma para um número cada vez maior de pessoas, que fruto da longevidade vivem mais tempo, daí que os governos começaram a aumentar gradualmente a idade de reforma, muito também por indicações de organizações internacionais como a OCDE por exemplo. Assim, é possível diminuir os riscos de insustentabilidade do sistema de segurança social (Mendes, 2011). Prolongar a vida ativa, seja em consequência direta devido ao aumento da idade de reforma, seja pela generalização de princípios provenientes do envelhecimento ativo, cuja evidência é ainda muito ténue em Portugal, representa uma série de problemas e desafios. Na maioria dos países, a mensagem é de tomar medidas que aliviem os orçamentos sociais e despesas com pensões, em vez de conceber mudanças profundas no sentido de adequar o mercado de trabalho ao envelhecimento da população ativa (Cabral & Ferreira, 2013). Certo é que a reforma é uma conquista civilizacional, com benefícios ao nível da capacitação, autonomia e bem-estar na velhice, mas que ao mesmo tempo pode representar afastamento da vida social e até desintegração social (Fernandes & Botelho, 2007).

Em Portugal, o sistema de pensões funciona em regime de repartição (ou *pay-as-you-go* – PAYG), ou seja, por regra de financiamento, os trabalhadores dispõem parte do seu salário para assegurar o pagamento de pensões dos reformados, valor este que varia consoante o salário auferido na sua atividade profissional (Rhodes & Natali, 2003). Ora, se pensarmos que o envelhecimento constitui um maior número de pensões, e que o número de trabalhadores é cada vez menor, o “financiamento” do sistema de segurança social deve ser repensado. Em termos macroeconómicos, o mercado de emprego, em particular, nomeadamente a taxa de emprego da população idosa, e a economia em geral, têm impacto na sobrevivência da segurança social, uma vez que pode atenuar

os efeitos de redução de população ativa decorrentes do envelhecimento populacional e ao mesmo tempo aumentar as receitas geradas pelas contribuições dos trabalhadores (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2002) .

Para Harper (2010) um dos principais desafios decorrentes do envelhecimento prende-se com a política de pensões. A autora refere que as pensões criam um problema entre gerações, devido ao paradigma do atual sistema de contribuições, avisando que para a sustentabilidade do sistema social, poderá ser necessário introduzir o setor privado no financiamento de pensões e na introdução de sistemas alternativos e atrativos para a população. Já Fernandes (2005) diz que o grande desafio parece estar na capacidade de atingir elevados níveis de emprego e produtividade, bem como na implementação de padrões decentes de proteção social.

Para Walker (2002), a principal questão para o financiamento de pensões não é o envelhecimento populacional em si, mas uma combinação que envolve mudanças nas taxas de natalidade, na estrutura do emprego e na prática da aposentadoria. A demografia não deve ser vista como a principal questão em torno da política social, mas sim a própria insegurança dos mercados de trabalho, o declínio do “trabalhador-padrão” e a natureza familiar (aumento de divórcios e declínio da fertilidade). Por outras palavras, os sistemas de proteção social da UE foram construídos numa Era diferente daquela que vivemos atualmente e precisam de ser ajustados para ter em conta as transformações ocorridas nas últimas décadas.

### iii) Percurso de vida e o trabalho

O último relatório do International Labour Organization (2018) mostra o incentivo que muitos países têm dado ao trabalho em idade avançada, numa tentativa de aliviar os desafios inerentes ao envelhecimento da população, ao mesmo tempo que se continua a beneficiar da experiência e das habilidades que as gerações mais antigas possuem. No entanto, é de realçar que em muitos casos, especialmente em países subdesenvolvidos, trabalhar após a idade da reforma é algo inevitável face à pobreza registada, uma vez que não são abrangidos por qualquer regime de proteção social. São elencadas ainda as principais formas do envelhecimento da população afetar a economia: decréscimo da força de trabalho; mudança nos padrões de poupança e consumo; e pressões sobre despesas sociais públicas.

Na União Europeia, as respostas políticas às mudanças demográficas centraram-se principalmente nos três pilares de reforma (pública, privada e profissional), entregues como pensões. O quarto pilar, emprego, foi muitas das vezes ignorado no debate sobre a sustentabilidade do sistema de pensões. Atualmente, os decisores políticos começam a enfatizar a importância do emprego em idades avançadas. Isto, é em grande parte impulsionado mais uma vez pelos desequilíbrios entre a força de trabalho e a sustentabilidade dos sistemas de pensões implementados durante os períodos



em que a reforma significava uma pensão (estatal) para 10 anos (ou menos), e que agora pode durar mais de 40 anos (Walker & Maltby, 2012).

O estudo efetuado por Abrams et al., (2011) coloca Portugal entre os países em que as pessoas mais novas e mais velhas viam como igual parecem as contribuições económicas de cada grupo etário. É, no entanto, descrito que existe uma discriminação generalizada face ao mercado de trabalho e o enquadramento das pessoas mais velhas no mesmo. Os próprios entrevistados no estudo com 65 ou mais anos revelaram uma preocupação com os empregadores que favorecem as pessoas mais jovens.

A própria Estratégia Europeia para o Emprego realça a integração cada vez maior das pessoas mais velhas no mercado de trabalho como necessidade de reduzir os efeitos económicos advindos da mudança demográfica atual (Comissão Europeia, 2015). Portugal acaba por se destacar mais uma vez como um dos países com maior taxa de participação económica dos grupos etários mais velhos da população em idade ativa, muito acima da média Europeia. Apesar de tudo, se a ideia continuar a ser a de prolongar a idade da reforma, combatendo a saída precoce do mercado de trabalho, isto pode originar por um lado, problemas para os trabalhadores mais velhos, já em situação de doença crónica e com elevados índices de incapacidade, o que levará a menores índices de produtividade no trabalho, e por outro, as questões das responsabilidades familiares, ou seja, a disponibilidade para prestar cuidados a familiares dependentes, sobretudo em países com elevada taxa de atividade feminina, o caso de Portugal, em que a tensão gerada entre cuidados e trabalho se pode acentuar (Gil, 2007).

A idade da reforma aparece como uma ferramenta de controlo social, que afasta os idosos do processo de produção, e que leva a que os indivíduos reformados sejam vistos como alguém que recebe um salário sem prestar qualquer tipo de serviço. No entanto, o tempo de reforma deve ser encarado como um período de descanso, em que as pessoas idosas passam a ter mais tempo livre, e que favorece a experiência de novas competências, quer de manutenção de um fio de continuidade de envolvimento na vida e na aposta de relações mais próximas com os outros, realizando atividades que proporcionem bem-estar. Esta é uma atitude positiva que encara a “passagem à reforma” como uma nova fase no ciclo de vida (Paúl & Fonseca, 2005).

### ***1.3 O papel das pessoas idosas na sociedade: rumo ao envelhecimento ativo***

Schneider & Ingram (1993), através de uma conceptualização quadrupla, categorizam a população como i) “dependentes”, ii) “privilegiados”, iii) “competidores” e iv) “marginalizados”. O propósito deste estudo, efetuado na América do Norte, prende-se essencialmente nas duas questões chave que levam à construção de políticas para os vários grupos da população, ou seja, a forma como determinado grupo é visto pelas entidades políticas e demais interessados, por um lado, e a força que esse grupo tem na sociedade, por outro. A grande conclusão retirada é que conforme a população evolui, as suas aspirações e expectativas mudam, o que leva a que estas categorizações possam se alterar ao longo dos anos.

Até ao século XX, os idosos eram um grupo pouco representativo, vistos como dependentes, com poucos recursos e marginalizados, fruto da urbanização e constantes mudanças na estrutura familiar. A sua expressão política era praticamente inexistente apoiada sobretudo pelo apoio informal. Os fracos recursos económicos eram de tal forma visíveis que 66% dos idosos dependia de apoios, assegurados por vezes pela família e amigos, até porque só mais tarde, foram aprovadas as pensões de velhice (Hudson & Gonyea, 2012).

Após a II Guerra Mundial, e fruto da recuperação económica muito em parte devida ao papel das pessoas idosas, os níveis de dependência, sobretudo financeira começaram a cair. Os sucessivos avanços na medicina, levaram a um aumento da esperança média de vida e com isto a um aumento de gastos públicos. Nesta fase começaram a existir políticas que iam ao encontro da população idosa, o que levou a esta troca de papéis, de “dependentes” para “privilegiados”. Com o passar dos anos as pessoas idosas ganharam maior força, devido à massa representativa que era cada vez maior, o que aumentou também a pressão exercida na corrente política (Hudson & Gonyea, 2012).

Face a estes pressupostos, as pessoas idosas são cada vez mais vistas como merecedoras de apoios face às suas necessidades biopsicossociais, o que leva depois a um revés por parte de algumas elites que consideram esta situação injustificável, reforçadas pelos elevados gastos de proteção social e em áreas como a saúde. Esta mudança de “privilegiados” para “competidores”, leva depois a repensar a forma como vai ser estruturada toda a proteção social, que face às estratégias de governança adotadas podem remover a força política das pessoas idosas. O caminho pode ser ambíguo, enfatizando o papel das pessoas idosas com mais recursos, que continuarão a lutar e a defender os seus interesses, ao passo que as mais pobres podem ser “marginalizadas” e afastadas novamente para a categoria de dependentes (Hudson & Gonyea, 2012).

Com base nestes pressupostos, surgiram diferentes teorias, umas mais diferenciadas que outras, que contribuiram para demonstrar de que forma o indivíduo se adapta ao “papel de idoso”, explicando ainda, a forma como ocorre o seu processo de envelhecimento. Estas teorias psicossociais, serão abordadas no ponto seguinte.

### ***1.3.1 Teorias psicossociais do envelhecimento***

As teorias psicológicas do envelhecimento analisam os processos mentais, o comportamento e os sentimentos que as pessoas auferem ao longo do seu ciclo de vida, juntamente com alguns mecanismos usados pelas próprias, no sentido de enfrentarem os desafios que encontram ao longo do processo de envelhecimento. As teorias sociológicas retratam o impacto que a sociedade tem nas pessoas idosas e o reverso, o impacto das pessoas idosas na sociedade (Eliopoulos, 2011).

Como já foi referido anteriormente, ao longo de muitas décadas houve uma perspetiva negativa sobre as pessoas idosas, que do ponto de vista da resposta política estava a associado à teoria da desvinculação. Esta teoria, desenvolvida por Cumming e Henry, entende o envelhecimento como um processo em que o indivíduo e a sociedade se desvinculam gradualmente (Eliopoulos, 2011). A pessoa idosa com o passar dos anos vê a sua força diminuir o que a leva a retirar-se de uma vida ativa, que em muitos casos é também um afastamento social. Por um lado, a pessoa idosa tem como benefício a reflexão e concentração em si própria, libertando-se dos papéis sociais, e por outro a sociedade ganha uma transferência de poderes dos mais velhos para os mais novos, que possibilita a manutenção dos vários grupos etários. No entanto, o ponto negativo é que o autoafastamento da pessoa idosa no pós-reforma é alimentado ainda mais pela falta de participação que a sociedade impõe. Esta teoria fomenta as políticas de apoio à reforma e de afastamento/descompromisso para com a sociedade o que acaba por criar um buraco entre gerações (Martínez & Valle, 1996).

No entanto, começam a surgir outras teorias que enfatizam o papel do idoso na sociedade como é o caso da teoria da atividade e continuidade. A teoria da atividade vem, contrariamente à teoria da desvinculação, afirmar que as pessoas idosas para atingir um envelhecimento positivo devem manter-se ativas, conservando os mesmos hábitos da vida adulta, desempenhando os mesmos papéis sociais, sem a redução de atividade, interesse e envolvimento (Silva, 2008). Esta teoria sugere formas alternativas de manter a atividade na presença de diversas perdas que estão associadas ao processo de envelhecimento, substituído por exemplo, atividades físicas por intelectuais e aquando da reforma, a substituição do papel profissional por laços de amizade (Eliopoulos, 2011). Em suma, pretende assumir a velhice como a descoberta por novos papéis que a sociedade deveria apoiar e valorizar. Atualmente, é cada vez mais aceite esta transmissão de novos papéis, em que a pessoa idosa é valorizada e à qual é dada a oportunidade de desempenhar esses mesmos papéis, aliados a hábitos de vida ativos (Martínez & Valle, 1996).

A teoria da continuidade ou desenvolvimento, associa a personalidade e predisposição para certas ações na velhice a fatores semelhantes noutras fases do ciclo de vida. Esta teoria assenta no princípio de que a velhice é apenas mais uma fase no ciclo de vida e não um estágio final à parte, ou seja, não é mais do que o prolongamento das outras fases. Os padrões desenvolvidos ao longo do tempo determinam se as pessoas permanecerão envolvidas e ativas ou se, por outro lado, se

desvinculam e ficam inativas. Desta forma, não são admitidas soluções únicas para o envelhecimento, visto que este é vivido de forma individual, não havendo uma política universal, que os decisores políticos possam implementar, mas sim a urgência em criar políticas que respondam a esta individualidade coletiva.

### ***1.3.2 Modelos de envelhecimento***

É neste contexto de mudança de paradigma do papel do idoso na sociedade que surge, na década de 80, o termo de envelhecimento bem-sucedido, por John Rowe e Robert Kahn, que pretende designar um conjunto de fatores que permitem à pessoa idosa continuar a funcionar eficazmente, tanto fisicamente como psicologicamente, ou seja aquilo que também pode ser definido como envelhecimento saudável. Segundo os autores, o envelhecimento bem-sucedido era constituído pela junção destas três premissas: baixo risco de doenças ou incapacidades que estejam ligadas a doença; atividade física e mental elevada; e, papel ativo ao longo da vida (Rowe & Kahn, 1999). A grande inovação deste modelo, é a crença de que o envelhecimento é compatível com uma vida saudável e plena, que de acordo com o estilo de vida de cada um leva a que o envelhecimento seja necessariamente diferente de pessoa para pessoa. Outro aspeto, é a valorização de um papel ativo na sociedade, ou seja, o desenvolvimento de redes sociais. Este modelo acabou por ser alvo de algumas limitações pela adoção de critério de sucesso difíceis de atingir para a maioria das pessoas (Gonçalves, 2015). Ainda nesta década, mais precisamente em 1982, o termo envelhecimento produtivo é introduzido por Robert Butler, como oposição às imagens negativas frágeis, dependentes e não produtivas, frequentemente veiculadas sobre as pessoas idosas, ou seja, vê o envelhecimento sob uma perspetiva positiva, valorizando o papel desempenhado pelos idosos, bem como os contributos que prestam (Gonçalves, 2015).

Em 2002, a OMS lançou na II Conferência Mundial sobre o Envelhecimento, o conceito de envelhecimento ativo. Este conceito, que vem na linha da teoria da atividade e continuidade é definido como o “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem ” (p.12), permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, mental e social ao longo do ciclo de vida, de forma a que participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos, capacidades, ao mesmo tempo que são garantidas questões como a proteção, segurança e cuidados adequados. A palavra “ativo” pressupõe a participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis. Uma das premissas é que as pessoas mais debilitadas fisicamente e mentalmente, ou as pessoas já reformadas podem continuar a contribuir ativamente para os seus familiares, companheiros, comunidades e países (OMS, 2002).

Para Santinha & Marques (2003), adotar este conceito significa reconhecer que as pessoas idosas desempenham novos papéis, com independência, trabalhando no campo informal ou, exercendo atividades de voluntariado. Com este novo conceito, os decisores políticos e prestadores de serviços estão cada vez mais conscientes da importância de fornecer serviços “amigos da pessoa idosa”. A ideia é ter uma “comunidade favorável à idade”, ou seja, a construção de um ambiente que favorece a idade. Os Governos e organizações internacionais, concordam que apoiar as pessoas idosas a continuar a viver na comunidade o maior tempo possível é aliciante tanto na esfera económica como social (Lui et al., 2009).

A OMS destaca, ainda, os fatores culturais e o género como determinantes de carácter universal. Os primeiros determinam muito a forma como a sociedade encara as pessoas idosas, sendo um fator chave para a convivência intergeracional. Já o género é descrito como o impacto que as decisões políticas exercem no bem-estar dos homens e mulheres. Além destes fatores são ainda enumerados outros seis: serviços sociais e de saúde, determinantes económicos, sociais, pessoais e comportamentais e ambiente físico (OMS, 2002).

A par da OMS, outras organizações internacionais definiram o envelhecimento ativo, nomeadamente a OCDE e a CE. A primeira define-o como “a capacidade das pessoas à medida que envelhecem levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia. Isto significa que as pessoas podem determinar a forma como repartem o tempo de vida entre as atividades de aprendizagem, de trabalho, de lazer e de cuidados aos outros”. Já a CE define o envelhecimento ativo como “uma estratégia coerente visando permitir um envelhecer saudável”, sendo necessário desenvolver um conjunto de práticas que englobam “a educação e a formação ao longo da vida; o prolongamento da vida ativa; o adiamento da entrada na reforma e, mais progressivamente, por conseguir que as pessoas idosas se tornem ativas durante a reforma e realizem atividades que reforcem as suas capacidades e preservem a saúde” (José & Teixeira, 2014).

Estas diversas conceções destes três organismos (OMS, OCDE e CE), são em termos globais, distintas, embora, semelhantes em alguns aspetos. Todas elas estipulam que envelhecer de forma ativa é um processo de responsabilidade individual, embora também seja de responsabilidade coletiva para a OMS e CE, e que implica atividades produtivas, quer sejam elas do ponto de vista económico ou social (José & Teixeira, 2014).

Em suma, o envelhecimento ativo pode ser considerado como um objetivo e como um conceito político. É um conceito que abarca um espaço semântico em que o envelhecimento saudável, bem-sucedido e produtivo se relacionam (Fernández-Ballesteros et al., 2013).



## CAPÍTULO 2

### ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

#### ***2.1 Os processos de tomada de decisão: da perspectiva tradicional ao novo conceito de Governança***

##### ***2.1.1 O conceito de política social e o Welfare State***

Ao longo das últimas décadas, as constantes mudanças nas estruturas sociais podem ser vistas como uma forma de reinventar a organização e o modo de ação do Estado. O fenómeno da globalização deu origem a um processo de transformação estrutural e funcional da administração pública, que abandona a visão centralista e hierárquica, para iniciar uma mudança política, administrativa e cívica, baseada num processo de Estado Rede, imprescindível à coordenação de políticas e à intervenção nos vários problemas sociais (Gonçalves, 2011).

De acordo com Naue & Kroll (2010), o envelhecimento humano encaixa assim neste processo de reformulação social, pressionando os decisores políticos a compreender o mesmo como um processo contínuo, ao invés da tradicional visão negativa e preconceituosa. Este novo paradigma de governança, focado na participação ativa das pessoas idosas, permitindo que estas decidam e se auto potenciem, gera uma necessidade de reformular políticas e competências de modo a que os *stakeholders* dos vários níveis de governação possam trabalhar mutuamente e em rede

É assim importante começar por analisar o conceito de política social. A literatura especializada vê com alguma dificuldade - pela sua amplitude - a definição deste conceito. No entanto, de forma simplista, as políticas sociais podem ser vistas como ações prosseguidas com vista à realização do bem-estar social (Leal, 1985; Rodrigues, 2010). Para Rodrigues (1999), esta deve ser definida tendo em conta vários parâmetros, nomeadamente pelos setores em que se organiza, pelos problemas a que se dirige, pelos grupos sociais alvo, pelo tipo de bens e serviços que proporciona, pelo tipo de administração e instituições em que se organiza, pelas finalidades que enuncia e pelos direitos e garantias que assegura. O papel que o Estado assume, seja ele mais ou menos interventivo, nas suas relações com a sociedade civil, com o terceiro setor, com os grupos económicos, entre outras entidades, é crucial na delineação e afirmação da intensidade destes parâmetros (Tavares, 2014).

No período anterior às duas guerras mundiais o modelo de gestão dominante seguia a teoria de Max Weber, onde predominava principalmente a aplicação de normas e regulamentos, que deviam ser adotados por todos na organização e na definição dos níveis hierárquicos. Este modelo correspondia ao desenvolvimento do Estado Liberal que reduzia ao mínimo a sua intervenção na

vida económica e social dos cidadãos limitando-se a executar decisões de acordo com as regras de gestão (Araújo, 2007).

Após a II Guerra Mundial, com a necessidade dos vários países desenvolverem funções sociais, surge o “Estado de Bem-Estar” ou “Estado de Providência” com os ideais de que o Estado deve garantir as respostas para todas as necessidades dos cidadãos. O Estado deixa de estar limitado ao monopólio do uso da força, estendendo-se também às funções de bem-estar social, como a segurança social, a educação, o fornecimento de infraestruturas adequadas, entre outras (Carvalho, 2006). Já Purdy (2007) define-o como uma panóplia de iniciativas estatais de apoio, incorporados numa lógica de economia de mercado e alicerçados na premissa de que todos os cidadãos devem ter direito a condições de vida consideradas indispensáveis, como rendimentos, cuidados de saúde, educação e habitação.

Toda esta anuência em torno do papel do Estado foi influenciada pelo pensamento *Keynesiano* (face à Crise de 1929, também denominada de “Grande Depressão”) de que as despesas públicas deveriam ser encaradas como um investimento coletivo e, por outro, a conceção de que o desenvolvimento económico surge com a paz e a coesão social (Santinha, 2014).

As políticas de proteção social apareceram pela primeira vez na Alemanha (década de 1970 e 1980), muito pela legislação imposta por Bismark. Com os avanços sentidos na indústria e as exigências da classe trabalhadora, associadas a pressões advindas do meio académico e político, fez com que fosse criada uma política social alicerçada na criação de seguros obrigatórios face a alguns riscos sociais, numa época em que os sistemas de proteção eram unicamente mutualistas (Bárrios, 2017).

Segundo Esping-Andersen (1991), o “Estado de Bem-Estar” não se define como um modelo único, existindo diferentes regimes que dão diferentes soluções políticas para os conflitos distributivos no seio das sociedades, sendo estes o resultado da capacidade de mobilização da classe trabalhadora. Foi na Europa Ocidental que os Estados de Bem-Estar Social surgiram pela primeira vez, desenvolvendo-se e tornando-se uma referência para outras regiões. A forma como se organizaram e desenvolveram é que variaram entre si, pois apresentaram diferentes graus de intervenção estatal, de acordo com as especificidades de cada sociedade e do seu contexto histórico, ou seja, como é possível ver mais à frente, no caso dos modelos anglo-saxónico, continental e escandinavo, os sistemas de providência social deram-se num contexto pós-guerra, ao passo que nos países mediterrânicos, só se afirmou na década de 70, após o desmembramento dos regimes autoritários (Wolf & Oliveira, 2016).

Para Esping-Andersen (1991), o “Estado de Bem-Estar” não pode ser visto como uma fonte de direitos e garantias, é necessário contextualizar o papel do Estado na sua articulação com o papel do mercado e da família em termos de provisão social. É nesta constante ligação bidirecional entre



Estado e Mercado, ou seja, na partilha entre setor público e privado na proteção social e nas questões da desmercadorização e da desfamiliarização que Esping Andersen propõe uma tipologia de “regimes de Estados de Bem-Estar” (ver anexo I): modelo social-democrático ou escandinavo; continental ou corporativo e, liberal ou anglo-saxónico (Fiori, 1997).

O modelo social-democrata, característico dos países escandinavos, moldava-se pelos ideais socialistas de igualdade, justiça, liberdade e solidariedade. Defendia uma conceção minimalista do Estado, possibilitando a entrada do setor privado e apostando numa política centrada em reformas sociais, caracterizadas por preocupações constantes para com os mais desprotegidos, numa visão mais equitativa da riqueza produzida. Tradicionalmente, este modelo era sustentado por uma distribuição geral de impostos e orientações de trabalho fortes, nomeadamente nas políticas económicas que enfatizam o pleno emprego (Esping-Andersen, 1991; Swank, 2000; Persson, 2010).

As políticas de carácter desmercantilizante instituídas em redor do Estado social-democrata, reiteram os direitos de cidadania e fomentam laços de solidariedade nas políticas sociais e de bem-estar, o que favorece a democracia (Mello, 2007).

A característica que mais se destaca neste modelo é provavelmente a junção entre o serviço social e o trabalho, que proclama políticas de pleno emprego. Os elevados custos associados a um sistema de bem-estar assentes na solidariedade, na universalidade e desmercadorização, levam a que só seja possível suportar estes gastos tendo o maior número possível de pessoas a trabalhar, de modo a que, exista um número reduzido de pessoas que vivem de mecanismos sociais, nomeadamente pensões (Esping-Andersen, 1991).

Adotado pela Alemanha, França, Japão, o modelo corporativo era caracterizado pela lealdade e subordinação que o Estado assegurava, ou seja, os mecanismos do Estado voltam-se para o desempenho dos grupos protegidos. Este modelo é fortemente marcado pelo corporativismo e pela estratificação ocupacional, onde a proteção das diferenças de estatuto social é fundamental. O impacto redistributivo é mínimo e os benefícios estariam unidos ao objetivo político de fortificar divisões no interior da classe trabalhadora (Esping-Andersen, 1991).

Por fim, o modelo liberal, típico dos países de tradição anglo-saxónica, como os Estados Unidos, Austrália e Canadá, era a antítese do modelo social-democrata, ou seja, as políticas sociais levadas a cabo por esses países eram de cunho liberal, de forma a maximizar o estatuto de mercadoria do trabalhador individual. As políticas sociais eram caracterizadas pela seleção, distinguindo os beneficiários merecedores e não merecedores, através de uma análise meritória. A política social passou a ser vista como um campo para a aglomeração de recursos de poder da classe trabalhadora, baseada em princípios e ações que substituiriam as práticas do mercado pela distribuição social e os direitos de propriedade pelos direitos sociais (Esping-Andersen, 1991).

Interessa também contextualizar Portugal num modelo, tipicamente da Europa do Sul, juntamente com Espanha, Itália ou Grécia. Nestes países o papel da igreja católica foi sempre determinante na proteção social, nomeadamente nas políticas de assistência social, à família, e até em políticas de saúde. Para Silva (2002), estes países enquadram-se no modelo corporativista, sendo que só não tiveram o mesmo desenvolvimento pelos regimes autoritários que só tiveram o seu término na década de 70.

No caso de Portugal, depois de eliminado o Estado corporativo e o modo de regulação social imposto por Salazar, não existiu mais nenhum regime de regulação social capaz de se estabilizar (Santos, 1992). Para o mesmo autor, o Estado-Providência nunca atingiu o seu total desenvolvimento, sempre teve uma providência estatal muito pobre, compensada apenas pela articulação com outras formas de providência societal, que atenuaram algumas das suas lacunas. Desta forma, Boaventura Sousa Santos define Portugal como um quase-Estado-Providência, essencialmente pela pouca ambição quando comparado com outros Estados Europeus. Foi a sociedade que teve de se organizar, o que chama de sociedade-providência, de maneira a responder às suas necessidades (Santos, 1995).

Concomitantemente a um Estado-Providência fraco, ainda hoje fraco, quando comparado com os países da Europa Ocidental, é de salientar o gradual dismantelamento das formas de Sociedade-Providência (onde as redes de relações sociais foram substituídas a um Estado omissivo no ramo das políticas sociais), em função de algumas características sociais e dos mecanismos de modernidade (isolamento, urbanização, família, etc..) e em função de algumas opções mais duvidosas do próprio Estado, cujo papel nem sempre foi presente no que toca à defesa dos grupos sociais mais desfavorecidos e mais sujeitos a processos de exclusão social (Rodrigues, 2000). Portugal continua a ser o país da Europa com o mais baixo nível de despesas de proteção social. O caminho tem sido dificultado pelas fragilidades económicas e institucionais, encontrando, nos últimos anos, políticas indutoras de um novo fôlego e um conjunto de respostas inovadoras (Rodrigues, 2010b)

Ferrera (1999) considerou que estes países da Europa do Sul tinham entre si diversas semelhanças. A primeira era o facto de serem países que possuíam esquemas de proteção social dualistas, o que concebia uma sobreposição de setores centrais da força de trabalho e, ao mesmo tempo, níveis precários de proteção para diversos setores da população. Depois, apresentavam fortes tradições *bismarckianas* na segurança social e *beveridgeanas* na saúde.

Em termos de proteção social, Portugal e os restantes países deste grupo, apresentam esquemas *bismarckianos*, sustentados no estatuto ocupacional e com uma estrutura semelhante aos países que integram o modelo corporativista já referenciado. Apesar de tudo, o gasto total em despesa social em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) é inferior em relação aos últimos países e baseia-se numa dinâmica interna em que há picos de proteção para determinados grupos sociais, por exemplo na elevada proporção de despesas em pensões de reforma e sobrevivência (Silva, 2002).

### ***2.1.2 Da nova gestão pública ao novo conceito de governança local***

Na década de 70, após a falência dos sistemas de providência social e políticas de pleno emprego, surgiu a corrente neoliberalista e com ela o pensamento de globalização económica, política e social neoliberal. Por outro lado, cresciam manifestações ativistas contra as políticas e instituições neoliberais, que ganharam ênfase após os protestos de 1999 da Organização Mundial do Comércio (OMC), em Seattle (Ayres, 2004).

Ainda nesta década, com a incapacidade das instituições públicas em gerir a crise fiscal e económica e as constantes pressões contra o papel do Estado levaram a que se gerasse uma reforma no setor público. Os problemas financeiros dos governos, a necessidade imperiosa de abrandar a taxa de crescimento dos gastos públicos, a incapacidade de controlar uma Administração cada vez mais gastadora e ineficiente, o descrédito em relação às organizações públicas e as expectativas dos cidadãos em relação à qualidade dos serviços públicos foram fatores que pressionaram as reformas na altura (Araújo, 2005).

Os primeiros desenvolvimentos desta época denominada de Nova Gestão Pública (NGP) começaram no final dos anos 70 e início da década de 80 sob o governo da primeira-ministra Margaret Thatcher, no Reino Unido, e em governos municipais, nos Estados Unidos, que após o seu sucesso colocou as reformas da NGP nas agendas de outros países também. Isso faz da NGP um movimento impulsionado principalmente por profissionais que procuram melhorar as práticas do governo e da administração pública (Gruening, 2001). Segundo Denhardt & Denhardt (2007), a NGP tem, assim, na sua génese a ideia de que a melhor maneira de compreender o comportamento humano é assumir claramente que tanto o Estado como os restantes atores agem consoante os seus próprios interesses. Desta forma, o Estado assume o papel de libertação de forças de mercado com o intuito de simplificar e facilitar a escolha individual e obter níveis máximos de eficiência, para que os cidadãos passem a ser vistos como *clientes* e os funcionários públicos como *gestores de risco*, sempre em busca da redução de custos. Diz o autor que a chave da NGP depende fortemente de mecanismos de mercado para orientar programas públicos.

Ocorrem ainda reformas na Segurança Social que desencorajam o recurso ao Estado, nomeadamente a reforma da lei da Segurança Social de 1988 e a privatização do sistema de providência, fatores que marcam a alteração da responsabilidade pela providência pública de serviços, envolvendo o setor privado, o setor de voluntariado e as comunidades (Gonçalves, 2011).

De acordo com Lane (2002) e Groot & Budding (2008), o Estado reduziu drasticamente a sua função redistributiva e produtiva na economia, através de processos de privatização e desregulação, de cortes radicais na despesa pública e da consequente redução da carga fiscal, políticas monetaristas, reformas radicais na administração pública através da secundarização de serviços e introdução de uma nova filosofia de gestão pública assente em regras de mercado. A OCDE, em

1994 resume estas tentativas como o objetivo de tornar o sector público “mais magro e mais competitivo, ao mesmo tempo que tenta tornar a administração pública mais sensível às necessidades dos cidadãos, oferecendo valor ao dinheiro, flexibilidade de escolha e transparência” (*cit in*. Groot & Budding, 2008:2).

Foi já no término dos anos 90 que a NGP começou a ser posta em causa, com diversas críticas ao excesso de responsabilização atribuída ao mercado como fonte capaz de resolver todos os problemas e, ainda, o próprio poder dado ao cidadão, ou seja, a capacidade de o Estado ver as pessoas como cidadãos e não clientes, o que fomentava o interesse público coletivo (Santinha, 2014).

O discurso começa a mudar e apesar de haver várias pontes com a NGP, é de salientar a nova procura pela colaboração ao invés da competição, nomeadamente entre a tríade Estado, Mercado e Sociedade Civil. Por outro lado, os cidadãos deixam de ser vistos como meros avaliadores na conceção de políticas públicas, para passarem a integrar o próprio processo de desenho e implementação. A lógica é a de retirar poder ao Estado e atribuí-lo aos cidadãos, numa lógica de transição de responsabilidades. Para além disto, é visto como importante a atribuição de maior poder às comunidades locais, de forma a que estas identifiquem problemas e procurem soluções, mais uma vez numa perspetiva de transferência de poderes e responsabilidades para as autarquias locais, comunidades e cidadãos, com ênfase para o voluntariado (Santinha, 2014).

Vários países começaram por despoletar soluções de descentralização administrativa, centrada na criação de regiões administrativas, de autoridades metropolitanas e de estímulos ao associativismo intermunicipal, bem como na cooperação entre a administração central e as entidades regionais e locais (Ferrão, 2010).

Atualmente, com todas estas mudanças de padrões é debatida a necessidade de políticas locais (*place-based policies*) em oposição a uma visão de políticas estritamente globais (*space-blind policies*). As políticas locais são uma estratégia de longo prazo destinada a combater e a reduzir a persistente exclusão social em determinados lugares, através de intervenções externas e de governança multinível (Barca, 2009). Se antigamente as políticas locais eram baseadas em subsídios, dados pelas instituições europeias e nacionais, devem agora seguir o modelo de *empowerment*, com a certeza de que são os territórios locais que contribuem para o crescimento nacional (Barca, 2009; OCDE, 2014).

Os atores locais devem ser, na opinião da OCDE (2005), a voz do território que representam, evitando que o seu desenvolvimento fique alicerçado ao poder central, ou seja, em vez de uma perspetiva *top-down*, onde as políticas são desenvolvidas do poder central para o poder local, possa ser possível uma abordagem também de *bottom-up*, em que são os atores locais a desenvolver as próprias políticas.

Na prossecução destas ideologias, nasce o conceito de governança. Para Bingham, Nabatchi, & O'Leary (2005) o conceito de “Governança” deve ser desde já distinguido de “Governo”. Se por um lado o conceito de Governo ocorre quando os decisores com autoridade legal e política e formalmente derivada executam e implementam atividades, por outro governança refere-se à criação, execução e implementação de atividades apoiadas pelos objetivos comuns dos cidadãos e organizações, que podem ou não ter autoridade formal e política. Para as autoras, o conceito de governança enfraquece as redes hierárquicas verticais das organizações de tomada de decisão, privilegiando as redes horizontais, com a interligação do setor público, privado e organizações não-governamentais no processo de tomada de decisão (Bingham et al., 2005).

Já Bevir (*cit in*. Santinha, 2016), separa o conceito de governança em dois grupos. Por um lado o grupo que olha para a ausência de um governo hierárquico, argumentado ainda que nem o Estado, nem o Mercado são instituições separadas e autossustentáveis, destacando as redes como alternativa a toda esta hierarquização. Por outro lado, o grupo que vê a governança como uma mudança na organização e ação pública da burocracia para mercados e redes, sublinhando que a governança atual acarreta, cada vez mais, a envolvimento das organizações privadas e não governamentais, que trabalham conjuntamente com as organizações públicas, estimulando um estilo de ajuda e cooperação entres os diversos setores.

Para Rhodes (1997), este conceito tinha como génese redes inter-organizacionais, auto-organizadas, caracterizadas pela interdependência, troca de recursos, regras do jogo e uma significativa autonomia do Estado.

Para que o conceito de governança seja eficiente, deve haver a consciência da importância da construção da relação Estado-Sociedade. É essencial ter em análise não só resultados da administração pública como também transparência e diálogo com a sociedade. O conceito de “boa governança” que começa a ser discutida após os anos 90 implica a cooperação entre governo e outros atores, numa lógica colaborativa, de monitorização e avaliação do que é feito (Teixeira & Corralo, 2015).

As políticas públicas sociais assumem assim esta lógica de parceria, redes de atores interinstitucionais, conselhos consultivos, comissões locais, entre outros, que advêm da remodelação de estruturas locais que facilitem as trocas entre setor público e privado, bem como organizações diferenciadas, administração central, local e terceiro setor. A lógica é que se estabeleçam alianças em torno dos assuntos públicos, colaborando ainda no delineamento de estratégias, alocação de meios, elaboração de planos e na decisão coletiva (Gonçalves, 2011).

Importa também referir a noção de governança corporativa, que incorpora a ideia de governo dos assuntos públicos e corresponde ao conjunto de processos, costumes, políticas, leis, regulamentos e instituições que estão inerentes à ação local. Implica o estabelecimento de relações e interações

entre os diversos *stakeholders*, no sentido da coordenação de agendas, de recursos e de projetos (Charbit, 2011).

Numa perspectiva institucionalista, o conceito de governança constitui um processo de enquadramento da economia das cidades, na medida em que estabelece regras e valores normativos que gerem a ação dos diferentes atores; um processo de articulação entre diferentes níveis de decisão e um processo de coordenação de atores e racionalidades distintas, que coloca em confronto as lógicas de Estado, mercado e comunidade (Serra, 2010).

Com as sucessivas mudanças que as sociedades enfrentam, o objetivo dos modelos de governança para os municípios poderá passar por um modelo de governança em rede, ou seja, modelo que preconize um processo contínuo de permanente troca de ideias, que englobe relações na base da partilha, visto que nenhum setor tem o monopólio do serviço público, em que o objetivo passa pela obtenção de valor público e pela manutenção do sistema de prestação de serviços (Frey, 2003).

A governança entre níveis de governo, também denominada de governança multinível tornou-se um assunto importante na formulação de políticas territoriais e foi reconhecida como um dos elementos centrais da formulação de políticas territoriais na Reunião de Alto Nível da OCDE sobre Inovação e Eficácia na Política de Desenvolvimento Territorial em 2003 (OCDE, 2005).

A descentralização tornou os governos locais e regionais mais poderosos e aumentou a sua capacidade de delinear as suas próprias políticas de desenvolvimento e gestão. O surgimento de atores privados que participam na formulação de políticas e o aumento do número de parcerias público-privadas tornou-se um marco importante, mas também mais complicado. Os governos locais e regionais, acabam por estar muito mais expostos à concorrência global do que há vinte anos e querem ter mais voz no cenário e implementação de medidas políticas nacionais (Rodrigo, Allio, & Andres-Amo, 2009; Stoker, 2011).

Segundo Gomes (2006), o desafio da governança multinível é perceber a complexidade entre os vários níveis de governação. Desta forma, elenca um conjunto de princípios que levam a compreender e a refletir sobre estes assuntos. Por um lado, o princípio de subsidiariedade, que enquanto ideal de ação pública, acautela para a necessidade de aproximar o mais possível os níveis ou centros de decisão dos contextos de vida dos cidadãos, com a disseminação de novos patamares de poderes e de responsabilidade. Por outro o princípio da reciprocidade ativa envolve a sociedade civil e implica que esta deve estar habilitada para a transformação dos contextos de vida e das lógicas de funcionamento das estruturas sociais e políticas no círculo que interagem.

Esta governança em rede acaba por: acentuar uma valorização nos resultados e cumprimento dos objetivos por parte das instituições; trazer uma mudança no olhar sobre as relações e as dependências do Governo Local e da Sociedade Civil, ou seja, o primeiro passa a ter um papel mais

de supervisão sobre os diversos atores, e ainda setores menos burocratizados e mais ágeis (Teles & Moreira, 2016).

Os governos locais são cada vez mais vistos como facilitadores destes processos de participação, possibilitando a ação colaborativa e cooperante ao nível local. No entanto, existem ainda escassas iniciativas que são muitas vezes fragilizadas pela reduzida mobilização e associação cívica, pela débil capacidade institucional de operacionalizar metodologias de participação, ou por uma cultura política fortemente centralizadora (Ferreira, 2015).

A governança em rede de uma determinada comunidade impõe que se criem conjunturas institucionais e que, ao mesmo tempo, se verifique a presença de condições no tecido social que colaborem para vitalidade de um conjunto complexo de relações e ligações fortes entre stakeholders (Teles & Moreira, 2016).

Farnetti et. al., 2008 na sua obra “*A contingency approach to managing outsourcing risk in municipalities*” abordam algo que se tem discutido nas últimas décadas, nomeadamente ao nível da governação local, e que é necessário ter em conta, o conceito de *outsourcing*, como forma de aumentar a relação custo-benefício na prestação de serviços públicos (*cit in*. Crespo, 2013). Em alguns países como o Reino Unido, Itália e Estados Unidos da América o *outsourcing* tem vindo a aumentar, acabando por ser um elemento fulcral no sentido de transformar a racionalidade das administrações, em entidades mais eficazes no sentido de fazer “mais com menos” (Crespo, 2013).

Todas estas questões relacionadas com a evolução do poder local, sobretudo de uma perspetiva tradicional a este conceito de governança em rede tem em Anexo II, um quadro resumo, para melhor perceber a evolução ao longo dos tempos.

## ***2.2 A importância do poder local nas políticas públicas de envelhecimento ativo***

No que respeita à autonomia e efetiva capacidade de gestão dos Municípios, o século XX revelou uma enorme perturbação. Inicialmente a instalação da República procurou encetar o processo descentralizador, invertendo a tendência dominante que advinha do Código Administrativo de 1896, em vigor à data e de carácter claramente centralizador. Foi o Código Administrativo de 1936, que acabou por ser importante para o poder local, no entanto o monopólio da autoridade pública continuava a ser da Administração Central (Carvalho, 2011).

Apesar de tudo, os países europeus têm apostado na descentralização administrativa como elemento essencial de um sistema de construção da Democracia e do Estado Democrático, com as autarquias a assumirem um papel essencial no desenvolvimento das comunidades locais e na resolução de muitas das suas necessidades (Caldeira, 2013). Este avanço, que vem no seguimento de uma sociedade e de uma economia em contante renovação, com cada vez mais exigência, implicou

a adoção de novas políticas municipais, influídas por novas prioridades, novos sistemas de gestão e novos atores (Caldeira, 2013).

Segundo a AGE Platform Europe (2011), os atores locais e regionais são cada vez mais capitalizadores de oportunidades de envelhecimento ativo. Interessa, no entanto, perceber o que está ao seu alcance para poder potenciar essas mesmas oportunidades. É necessário que os atores locais e regionais desempenhem um papel capaz de concretizar os desafios e objetivos partilhados um pouco por toda a Europa. Encontrar formas em que vários níveis (nacional e europeu) possam apoiar os atores locais e regionais na promoção do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações pode trazar-se uma importante mais valia para o desenvolvimento de políticas bem-sucedidas. O nível local e os seus intervenientes podem tirar partido de muitos programas europeus de financiamento para apoiar o desenvolvimento de práticas inovadoras, bem como fomentar uma investigação próspera, conseguindo um intercâmbio de boas práticas e de cooperação entre regiões.

Uma das várias funções do poder local no combate a questões sociais complexas, como é o caso do envelhecimento demográfico, é a forma como cria modelos de “parcerias” ou “colaboração” entre governos locais e organizações do terceiro setor ou sem fins lucrativos. Esta colaboração entre setor público, privado e comunitário, é vista como uma forma de melhorar o desenho e a implementação de políticas públicas, bens e serviços (Everingham, Warburton, Cuthill & Bartlett, 2012).

Nos países norte-europeus, as autoridades locais assumiram competências significativas no âmbito dos serviços de bem-estar social orientados para o consumo, especialmente a educação, a habitação e os serviços sociais. Já no caso dos países mais focados na Administração Central, onde se engloba Portugal, as autarquias locais não assumiram competências significativas na esfera social. Na realidade, antes de 1974, as autarquias locais estiveram na sua plenitude afastadas de qualquer intervenção significativa no domínio das políticas sociais (Branco, 1994).

Com a Constituição de 1976, em Portugal, é introduzido um novo modelo de gerir a velhice, com a transformação dos asilos em lares e com a preocupação em serviços e instituições para as pessoas idosas, nomeadamente centros de dia, apoio domiciliário, centros de convívio, tudo com o objetivo de permitir que as pessoas pudessem permanecer no próprio domicílio. Assim, com condições essenciais para que fosse possível permanecer no domicílio era possível mudar o paradigma representativo da velhice, ou seja, passar de um quadro de incapacidade para um quadro em que a pessoa idosa é vista como autónoma e ativa (Velo, 2008).

Cada vez mais, a homogeneização e padronização advinda de programas nacionais e massivos está nos seus limites, quer pelo excesso de burocratização associada, quer pela discórdia gerada pela própria população, que olha para estas ofertas de bens e serviços como inadequados (Fanfani *cit in* Branco, 1994).



Pensar as políticas sociais públicas numa perspetiva heterogénea, de territorialidade e participação coloca como instrumental o conceito de Estado local/municipal. Esta instância configura-se como uma forma de aproximar o Estado com os cidadãos, ou seja, um processo de descentralização e reorganização que articule a repartição dos recursos públicos e a divisão de trabalho intraestatal, capaz de reforçar o Estado municipal, não sendo este apenas uma instância administrativa dos pequenos problemas, mas sim uma instância governamental efetiva na gestão social (Branco, 1994).

Como já foi referido no primeiro capítulo, um dos maiores desafios colocados pela mudança demográfica é o mercado de trabalho. A melhoria das oportunidades de emprego para pessoas idosas pode beneficiar financeiramente os indivíduos através do aumento dos rendimentos atuais e da futura reforma. Os atores locais e regionais têm um papel a dizer nestes assuntos, uma vez que, podem fazer muito para promover a empregabilidade dos trabalhadores mais velhos por meio de iniciativas de educação e formação, de modo a atualizar as suas habilidades e ajudá-los a combinar os seus conhecimentos e competências existentes com as necessidades que o mercado de trabalho apresenta. Podem, ainda, desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento de novos serviços de apoio para ajudar os trabalhadores mais velhos a encontrar ou manter o emprego, inclusive criando atitudes mais positivas em relação aos trabalhadores mais velhos. (Age Platform Europe, 2011).

Outra das oportunidades que o poder local pode explorar é o voluntariado sénior, cada vez mais reconhecido como uma forma de oferecer novas oportunidades de aprendizagem aos cidadãos mais velhos e promover novas formas dos idosos contribuírem para a sociedade. Os atores locais e regionais podem aproveitar o financiamento europeu dedicados a esta temática para apoiar projetos de voluntariado sénior. Um exemplo destes projetos realizado em Portugal foi o “*The Voice of European Seniors (Romania / Portugal)*”, um projeto de intercâmbio que envia voluntários séniores entre duas associações na Roménia e em Portugal e onde há a troca de experiências e conhecimentos, de forma a perceber qual o contributo destes para com os cidadãos europeus ativos (Age Platform Europe, 2011).

Ainda segundo a Age Platform Europe (2011), outro dos aspetos importantes na forma como se envelhece em sociedade é assegurar que os idosos têm acesso a processos políticos e cívicos, como um meio de garantir uma participação mais ampla na sociedade das pessoas idosas. Os atores locais e regionais podem desempenhar um papel importante na superação de algumas das barreiras a essa cidadania ativa.

Outro aspeto que os atores locais podem e devem apoiar são as pessoas no seu papel de cuidador informal, nomeadamente fornecendo formação, cuidados temporários e ferramentas/ serviços de apoio para aliviar a sua sobrecarga. Podem ainda garantir que as pessoas sejam apoiadas assim que o seu papel de cuidador terminar, de modo a que elas não sejam posteriormente prejudicadas (Age Platform Europe, 2011).

De um modo geral, os idosos apresentam baixos níveis de pensões, baixos níveis de escolaridade, com condições habitacionais degradadas e as políticas sociais capazes de poder mudar este cenário são incipientes. A necessidade de implementar estratégias orientadas para uma melhoria das condições de vida da população depende da intervenção de diversos atores, sejam eles públicos ou privados, como as autarquias, organizações não governamentais, entre outras (Bárrios & Fernandes, 2014). Na opinião das autoras, o poder local, dotado de competências e recursos, desempenha um papel fulcral na melhoria das condições de envelhecimento da população, visto que há efetivamente um papel de maior proximidade aos cidadãos, acompanhado de uma maior capacidade de mobilização dos restantes atores locais.

### ***2.3 As políticas promotoras de envelhecimento ativo em Portugal***

Segundo Veloso (2008), o período entre 1976 e 2002, em Portugal, caracterizou-se por grande mudança na forma de ver e tratar as pessoas idosas, transposta na criação de equipamentos e serviços que auxiliaram a pessoa idosa na manutenção da sua independência. Numa primeira fase, entre 1976 a 1985, como já referido anteriormente, o Estado, com o objetivo de reduzir as suas despesas implementou a política de manutenção do idoso na sua residência. Os novos equipamentos como centros de dia, eram menos dispendiosos para o Estado do que os lares, estes últimos com investimentos mais elevados. Ainda nesta ótica de redução de custos, surge também a aposta de intervenção de outros “parceiros sociais”, na continuação da política de terceira idade. Ainda segundo a mesma autora, entre 1985 e 1995, não existindo um Estado-providência capaz de fornecer uma tipologia de serviços diversificada, coube às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) e a outras organizações similares desempenhar esse papel, criando respostas para se poder concretizar a política de manutenção dos idosos no domicílio.

Neste período, a Comunidade Europeia cria o *Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas*, com o objetivo de reforçar a importância das pessoas idosas junto dos assuntos políticos, face a um aumento nas estruturas demográficas, nomeadamente nos sistemas de segurança social. Nota ainda para o ano de 1993, que fica marcado pela comemoração do *Ano Europeu do Idoso e da Solidariedade entre Gerações* (Fonseca, 2014).

Em 1994, com o *Programa de Apoio Integrado a Idosos* (PAII), é novamente objetivo manter a autonomia da pessoa idosa no domicílio e no seu ambiente habitual de vida, bem como estabelecer medidas de segurança e mobilidade, medidas que previnam o isolamento e ainda que atenuem a sobrecarga de quem cuida, apostando na formação e em respostas de apoio (Instituto da Segurança Social, 2016). Ainda no âmbito deste projeto, foram promovidos projetos destinados às pessoas idosas, particularmente, passes sociais para a terceira idade, serviços de teleassistência, serviços de apoio domiciliário, centros de apoio a dependentes, turismo sénior, entre outros.

A década de 90 fica ainda marcada pelo profundo incentivo ao turismo sénior, com a criação em 1995, do *Programa Turismo para a Terceira Idade* e do *Programa Saúde e Termalismo*, pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social e da Economia.

Em 1997, é instituída a *Fundação Cartão do Idoso*, como fim genérico de “contribuir para o desenvolvimento e promoção de iniciativas que visem o bem-estar, a realização pessoal e a plena participação social das pessoas com mais de 65 anos de idade e como fim específico de lançar e gerir o cartão do idoso, enquanto meio de acesso a bens e serviços em condições especialmente vantajosas para os respetivos utentes” (*Decreto-Lei n.º 102/97*, 1997).

Desenvolveu-se uma outra medida, designada por Programa Idosos em Lar (PILAR), através do Despacho n.º 6, de 21 de janeiro de 1997, que visava a melhoria dos cuidados para população idosa, aumentando a oferta do número de lugares em lares e também criando novas respostas, como o alojamento temporário (Velo, 2011).

Em 1999 foi comemorado o Ano Internacional das Pessoas Idosas, promovido pelas Nações Unidas, no qual se celebrou o comunicado da Comissão das Comunidades Europeias com a premissa de reformular as estratégias relacionadas com a população idosa, que passavam pela adaptação das políticas de emprego no envelhecimento, das reformas e pensões e pela prestação de cuidados de saúde (Fonseca, 2014).

Entre 2002 e 2005, advinda da *Estratégia de Lisboa*, foi criado em Portugal o *Plano Nacional para a Inclusão* (PNAI), através da Resolução do Conselho de Ministros 91/2001, de 6 de agosto, 2001. Aqui destaque para a continuação do PAII, com ênfase na parte do envelhecimento para: 1) as questões de lazer, com as autarquias e as associações de base local a desempenharem um papel determinante, na medida em que promovem inúmeras iniciativas de ocupação dos tempos livres dos idosos; 2) regime de acesso ao direito e aos tribunais para todos aqueles que dispõem de carências económicas, incluindo aqui os idosos; 3) implementação de uma rede de contactos entre os idosos e a Guarda Nacional Republicana (GNR) e/ou Polícia de Segurança Pública (PSP); 4) desenvolver uma rede de equipamentos sociais e de apoio à família, nomeadamente os equipamentos para as pessoas idosas, com a meta de duplicar o número de idosos abrangidos por cuidados domiciliários, entre outros objetivos.

Entre 2005 e 2008, as preocupações e orientações para com a população idosa vêm na linha do período anterior, com a elaboração de um novo PNAI, para 2006-2008. No âmbito do PNAI foram concretizados: 1) Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES); 2) Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais (PAIES); 3) Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas; 4) Complemento Solidário para Idosos (CSI) e a Rede de Cuidados Continuados Integrados. Em suma, foram implementadas medidas que têm em

consideração, na sua maioria, os níveis de pobreza e da situação física, assim como as precárias condições sociais e económicas em que vivem muitos dos idosos portugueses (Veloso, 2011).

Em 2015, o Decreto-Lei n.º 30/2015 delega para os município e entidades municipais o domínio das funções sociais. Ainda neste ano a Resolução da Assembleia da República n.º 70/2015 recomenda a adoção de medidas de promoção dos direitos das pessoas idosas e de proteção relativamente a formas de violência, solidão e abuso (Bárrios, 2017).

Em 2016, a Resolução da Assembleia da República nº136/2016 recomenda medidas de apoio aos cuidadores informais, bem como a criação do seu estatuto. Por último, o Despacho nº 12427/2016 incentiva a criação de um grupo de trabalho interministerial (Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde) para apresentar uma Proposta de Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (Bárrios, 2017).

## CAPÍTULO 3

### CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS DO ESTUDO EMPÍRICO

#### *3.1 Do fundamento da dissertação à abordagem metodológica*

Após a elaboração de um quadro teórico conceptual nos dois capítulos anteriores, procura-se neste capítulo explanar o racional da abordagem metodológica prosseguida, identificando e fundamentando as escolhas que orientam o percurso empírico da dissertação para, no ponto seguinte, narrar com maior detalhe os procedimentos utilizados na recolha e análise da informação subjacente ao estudo efetuado.

Ao analisar a premissa do estudo teórico é possível verificar que este estudo está centrado nas políticas locais promotoras de envelhecimento ativo e na forma como as questões de governança interferem na formulação dessas mesmas políticas. Assim, a linha condutora deste trabalho pretende efetuar um retrato das políticas locais de envelhecimento, percebendo a articulação das mesmas num processo multinível. Simultaneamente, é expectável, após esta mesma análise, a identificação de municípios com práticas relevantes neste domínio.

Com o intuito de encontrar respostas para os desafios delineados, adotou-se neste estudo uma abordagem metodológica mista, ou seja, o que Johnson & Onwuegbuzie (2004) definem como “um método de pesquisa onde o investigador mistura ou combina técnicas de investigação, métodos, abordagens, conceitos ou linguagem, quantitativos e qualitativos, num único estudo”, o que permite melhores possibilidades analíticas.

Uma vez que os atores locais assumem um papel fulcral na capitalização de oportunidades, para o envelhecimento e para a promoção da solidariedade entre as gerações (Barbosa, 2015), optou-se por efetuar numa primeira fase um questionário. Assim, selecionaram-se diversas instituições que põem em ação programas que vão ao encontro das necessidades das pessoas idosas. Deste modo, ao nível local, perspetivou-se a auscultação de atores das seguintes entidades: Autarquias, Misericórdias, Unidades de Cuidados na Comunidade e Universidades Sénior. Estes atores foram escolhidos tendo por base o próprio conceito de envelhecimento ativo, ou seja, representam de uma ou de outra forma áreas intervenientes neste processo de envelhecer ativamente, englobando o setor social, da saúde e da aprendizagem contínua. O objetivo principal era por um lado identificar o conhecimento de diversos conceitos relacionados com o envelhecimento e, por outro, perceber que iniciativas foram ou estavam a ser desenvolvidas neste âmbito, identificando as entidades que estavam alicerçadas na sua formulação/implementação.

Posteriormente, foi efetuado um estudo de caso com entrevistas a atores-chave das regiões em que foi obtido um maior número de respostas pelos inquéritos realizados na primeira fase do estudo,

sendo elegidos neste contexto a Região de Aveiro e de Coimbra. Nesta fase, o objetivo primordial era perceber o processo de formulação e implementação das políticas implementadas e de que forma os atores integravam entidades locais, regionais e nacionais na prossecução das mesmas.

A ideia inicial deste estudo passava por fazer uma comparação entre as duas regiões mas, por impossibilidade de agenda dos atores, tal não foi possível, sendo assim uma análise centrada essencialmente em organizações da Região de Aveiro.

### ***3.2 Retrato das políticas de envelhecimento ativo em Portugal***

Como ainda existem poucos estudos que vão ao encontro desta problemática, decidiu-se na primeira fase utilizar o método de observação indireta, através da aplicação de um questionário, feito sob a forma de “administração direta” (preenchido pelo inquirido). Segundo Quivy & Capenhoudt (1995), com este método existe uma maior possibilidade de quantificar um elevado número de dados, procedendo depois à sua análise.

O questionário desenvolvido (anexo III) procurou aferir, por um lado, a sensibilidade e visão destes atores na implementação de políticas de envelhecimento ativo e, por outro, quais as políticas que já foram desenvolvidas e os resultados a elas inerentes. Com este quadro de análise foi possível observar quais os municípios mais atentos ao fenómeno do envelhecimento populacional, aferindo à posteriori aqueles que podem ser considerados um exemplo de boas práticas a seguir no panorama nacional. Para além disto, foi possível averiguar se as políticas implementadas seguiam diretrizes próprias ou se provinham de orientações nacionais/europeias, o que permitiu perceber a articulação entre as políticas e instituições, numa perspetiva multiescalar.

O questionário foi dividido em três partes, de forma a analisar três pontos-chave: “Conceitos”, “Visão” e “Políticas desenvolvidas e principais resultados”. No primeiro ponto-chave “Conceitos”, procurou-se aferir o conhecimento dos atores para com o envelhecimento através de conceitos-chave que partem de normas implementadas por diversos organismos mundiais como a OMS. Assim, foram formuladas questões de carácter dicotómico (“sim” e “não”) para cada um dos conceitos, bem como uma chave para aferir a fonte de conhecimento (1- Orientação Europeia; 2- Orientação Nacional; 3- Orientação da Própria Instituição 4- Iniciativa Própria). Dos conceitos questionados, três prendiam-se com o próprio processo de envelhecimento (“envelhecimento ativo”, “envelhecimento produtivo” e “envelhecimento saudável”) e as restantes dois com o espaço físico onde o indivíduo envelhece (“cidades saudáveis” e “cidades amigas das pessoas idosas”).

Num segundo ponto, era pedido ao inquirido que ordenasse através de uma escala de *Likert* (1- maior prioridade; 5- menor prioridade) um conjunto de visões que o seu município deveria adotar para fazer face aos desafios do envelhecimento populacional. As visões abarcavam um conjunto de áreas que vão ao encontro dos conceitos questionados, sendo as seguintes:

- Ser um município cujo desenho do espaço público permite uma mobilidade da população mais idosa, sem barreiras arquitetónicas e urbanísticas;
- Ser um município com uma boa rede de transportes, evitando o isolamento social e promovendo o acesso aos serviços locais;
- Ser um município que promova estilos de vida saudáveis (atividade física, promoção para a saúde, etc...), com atividades e eventos atrativos para a população idosa;
- Ser um município que reconhece o valor do contributo da população idosa nos processos de tomada de decisão, nomeadamente na organização de atividades e eventos;
- Ser um município que apoie social e financeiramente a população idosa mais carenciada.

A primeira visão pretendia avaliar as questões de acessibilidade e ordenamento do território dentro do centro urbano, ou seja, perceber se a preocupação passa pela população idosa conseguir movimentar-se sem problemas dentro do espaço público, nomeadamente, no acesso aos serviços de interesse geral. A segunda visão prende-se com a forma do município proporcionar à população idosa uma rede de transportes capaz de fomentar um livre acesso aos serviços, evitando o isolamento e promovendo a autonomia. A terceira visão vai ao encontro da saúde e do bem-estar, com o intuito de acentuar a prática de exercício físico e a promoção para a saúde, ou seja, a eleição de estilos de vida saudáveis. A quarta visão tem como objetivo a questão da participação, ou seja, de que forma é que a pessoa idosa pode ser um valor ativo na sociedade, intervindo nos processos de tomada de decisão. Por fim, a quinta e última visão, assume uma ótica assistencialista, onde as questões de ação social ganham particular ênfase.

O último ponto questionado pretendia identificar as políticas de envelhecimento já implementadas em Portugal, a nível local. Era pedido ao inquirido que preenchesse uma tabela dividida em quatro grandes eixos de atuação (“saúde”, “ação social”, “segurança” e “participação”), na qual depois era necessário identificar a iniciativa, o ano em que foi implementada, as entidades locais envolvidas, bem como as regionais e nacionais associadas e, se possível os resultados obtidos na mesma. Estes quatro eixos assinalados vão no seguimento do conceito de envelhecimento ativo da OMS, já definido anteriormente.

O questionário desenvolvido foi realizado em dezembro de 2017, em suporte digital, ficando disponível para resposta a partir da presente data. Foi encerrado em junho de 2018. Tinha uma duração média de dez minutos e foi enviado para todas as autarquias, santas casas da misericórdia, universidades séniores e unidades de cuidados na comunidade, em Portugal, incluindo as regiões autónomas da Madeira e Açores. De realçar, ainda, que antes de ser entregue a todos estes atores, foi feito um estudo-piloto, com pelo menos um profissional da área social, da saúde e da educação, de forma a analisar o questionário, bem como possíveis falhas e sugestões que o permitissem ser o mais completo possível.

Foram obtidas 482 respostas, das quais 162 foram completas e 320 incompletas. No final, e após uma análise pormenorizada, foram aceites 153 respostas, das quais 96 respostas foram de Autarquias, 23 respostas de Santas Casas das Misericórdias (SCM), 10 Universidades Sêniiores (US) e 24 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Importa ainda referir que os inquiridos tinham percursos profissionais distintos, mesmo dentro de cada organização, uma vez que a escolha do inquirido era da responsabilidade da mesma. O objetivo subjacente a esta primeira parte do estudo fica penalizado apenas pelo número de respostas obtidas, sendo que na sua globalidade permitiu recolher um conjunto de informação relevante para uma análise que será efetuada mais adiante, confrontada com estudos já realizados e respetiva bibliografia subjacente.

### ***3.3. Formulação e implementação de políticas de envelhecimento – perspetiva multiescalar***

Numa segunda vertente do trabalho foi decidido fazer um estudo de caso, com base nas respostas obtidas nos questionários. O estudo de caso tem a vantagem de estimular novas descobertas, enfatizar uma multiplicidade de dimensões de um problema, entendendo-o como um todo, além de permitir uma maior profundidade nos processos e relações entre eles (Ventura, 2007).

Desta forma, foram realizadas entrevistas a atores-chave desses municípios, do tipo semiestruturada, o que permite ao entrevistado uma maior flexibilidade de resposta nas questões levantadas, podendo abrir o leque a novas questões não enunciadas. De acordo com Quivy & Capenhoudt (1995), as entrevistas permitem uma maior profundidade de análise do que os inquéritos, pois permite ao entrevistado uma maior reflexão num determinado assunto, o que vai ajudar a uma recolha de informação mais minuciosa.

As entrevistas (guião disponível em Anexo IV) foram realizadas a quatro autarquias da Região de Aveiro (Águeda, Albergaria-a-Velha, Ílhavo e Ovar) e a uma autarquia da Região de Coimbra (Montemor-o-Velho), bem como a uma US e UCC do município de Ílhavo e a uma SCM, em Ovar. Quatro dos entrevistados em autarquias desempenhavam o cargo de vereador, com uma das entrevistas a ser realizada em simultâneo a duas técnicas superiores de serviço social. Na UCC, a entrevista foi realizada a uma enfermeira e em SCM e US ao diretor técnico. As entrevistas tiveram uma duração média de cerca de 30 minutos cada.

Inicialmente pelo número de respostas obtido nos questionários foi delineado fazer um estudo de caso entre a Região de Coimbra e de Aveiro. No entanto, pela dificuldade em realizar as entrevistas, por falta de disponibilidade dos atores em causa, foram apenas conseguidas 8 entrevistas. Na medida em que em cada município deveriam ter sido realizadas entrevistas a todos os atores em estudo, e tal não foi possível, será feita uma análise mais isolada e individual, que terão as suas conclusões no fim do estudo.



As entrevistas seguiram um guião, como já referido anteriormente, sendo que este encontrava-se subdividido em três partes. Na primeira parte, o objetivo era perceber que desafios o fenómeno de envelhecimento ativo traz para o poder local e para a formulação de políticas locais. De referir que devido às especificidades dos atores municipais em estudo, concretamente na US, UCC e SCM foram realizadas ao longo da entrevista outras questões além destas, que serão depois discutidas mais à frente. Assim, foram elencadas as seguintes questões:

1. O que é no seu entender o conceito de envelhecimento ativo, ou seja, como o define?
2. Que competências deve ter o poder local no âmbito do envelhecimento e que desafios acarreta um município mais envelhecido?
3. Qual é a estratégia a curto e médio/longo prazo deste município para as questões do envelhecimento?
4. Que importância tem para o município o desenvolvimento de políticas promotoras de envelhecimento ativo?
5. Quais as principais áreas de atuação do município, ou seja, a que políticas dão maior ênfase?
6. Qual o papel atual ou que pode vir a ter no futuro a pessoa idosa na política local?
7. Qual a percentagem do orçamento municipal que é dedicado ao envelhecimento da população?

Na segunda parte da entrevista, pretendia-se analisar se as políticas implementadas eram articuladas/coordenadas com as restantes instituições promotoras de envelhecimento ativo do município, ou seja, de que forma existia uma articulação horizontal entre as várias entidades. As questões enunciadas foram:

1. Descreva o processo de formulação de políticas de envelhecimento ativo (que atores participam, em que contexto, quem participa internamente e externamente, etc...)
2. Como é que são adquiridos os fundos necessários para implementar essas políticas?
3. Como é que passam do plano de formulação para o plano de implementação?
4. De que forma é que as instituições recorrem ao município para solicitar apoios para as suas próprias políticas?
5. Qual a base para a formulação de uma determinada política, ou seja, como é que é feita a sinalização dos problemas na área do envelhecimento de forma a encontrar e desenvolver medidas que os combatam?

Por fim, a terceira parte da entrevista ia ao encontro do objetivo que se prendia com a interligação das políticas formuladas/implementadas com os restantes níveis de poder, seja ele intermédio, central ou europeu, ou seja, numa perspetiva de análise multiescalar. As questões formuladas para este objetivo foram:

1. As políticas desenvolvidas têm por base orientações europeias/nacionais?
2. Que políticas foram formuladas, caso haja, no município que tiveram por base orientações nacionais/europeias?
3. Há articulação intermunicipal na formulação de políticas de envelhecimento? Se sim, enumere alguns exemplos.
4. Deve ser o poder local a pensar nas políticas que desenvolve no âmbito do envelhecimento ativo ou deve haver uma maior coordenação ao nível do poder central, nomeadamente na responsabilização que devia incutir ao poder local para implementar essas mesmas medidas

Do ponto de vista analítico efetuou-se uma análise descritiva dos dados recolhidos pelos inquéritos com recurso a um *software* de análise (Excel), ao passo que nas entrevistas, após a sua transcrição integral, foi efetuada uma análise de conteúdo.

Ainda nos inquéritos, mais concretamente na última questão (relativa às iniciativas implementadas na área da saúde, ação social, segurança e participação), foram definidas diferentes categorias temáticas, de forma a ter uma maior perceção das iniciativas implementadas, a saber:

a) Área da saúde

- “promoção para a saúde” (engloba-se neste grupo tudo o que são dias comemorativos, rastreios e palestras) ;
- “atividades físicas” (todas as atividades de carácter desportivo);
- “apoio ao cuidador informal” (palestras, formações e outros apoios);
- “cuidados de saúde” (tratamentos na área da saúde);

b) Área da ação social

- “benefícios/apoios” (centro de informações, apoios monetários, etc...);
- “sinalização de idosos em risco” ;

c) Área da segurança

- “comissão de proteção ao idoso”;
- “combate ao isolamento”;
- “palestras/ações de sensibilização”;
- “segurança no dia-a-dia” (alerta para cuidados a ter no dia-a-dia, prevenção de quedas, segurança em casa, etc...);

d) Área da participação

- “Arte e Saber” (aulas nas mais diversas áreas);
- “Ações solidárias”;
- “Atividades de lazer e ocupação”.

Foi ainda explicado a todos os inquiridos que os dados recolhidos seriam usados apenas para fins académicos, especificamente para o presente estudo. Nas entrevistas efetuadas foi elaborado um consentimento informado, a ser assinado pelo investigador e atores-chave entrevistados, no momento prévio ao início da entrevista respetiva, onde era pedido no mesmo a autorização para gravação da entrevista.



## CAPÍTULO 4

### ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### ***4.1 Resultados dos questionários***

##### ***4.1.1 Caracterização da amostra***

Portugal é constituído por 308 municípios, dos quais 278 são em Portugal Continental, 11 na Região Autónoma da Madeira e 19 na Região Autónoma dos Açores. Quanto a Santas Casas das Misericórdias, existem 398 em Portugal, sendo que 23 pertencem à Região Autónoma dos Açores e 5 à Região Autónoma da Madeira. Em termos de Unidades de Cuidados na Comunidade, existem 250, sendo o número de Universidades Sêniors abrangidas pela RUTIS (Associação Rede de Universidades da Terceira Idade), de 300 unidades, sendo que 5 são na Região Autónoma da Madeira e 4 na Região Autónoma dos Açores.

Foram obtidas 482 respostas, das quais 162 foram completas e 320 incompletas. No final, e após uma análise pormenorizada, foram aceites 153 respostas (tabela 4), das quais 96 respostas foram de Autarquias, 23 respostas de Santas Casas das Misericórdias (SCM), 10 Universidades Sêniors (US) e 24 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Ao analisar a distribuição geográfica (ver Figura 6,7,8 e 9) das respostas obtidas (NUTS II), é possível verificar que o maior número de respostas advém da Região do Centro/Beiras (61 respostas), das quais 39 respostas foram de Autarquias, 9 de SCM, 5 de US e 8 UCC. Logo de seguida, apresentam-se a Região Norte (34 respostas), das quais 23 respostas foram de Autarquias, 3 de SCM, 1 de US e 7 UCC, e a Região do Alentejo (31 respostas), com 18 respostas de Autarquias, 4 SCM, 2 US e 7 UCC. Por fim, a Região de Lisboa (12 respostas), em que se obteve resposta a 6 Autarquias, 3 SCM e 2 US e 1 UCC, a Região do Algarve (9 respostas) com 6 autarquias, 2 SCM e 1 UCC, a Região Autónoma da Madeira, com apenas 1 resposta em Autarquia e a Região Autónoma dos Açores (5 respostas), das quais 3 em Autarquias e 2 SCM.

Ao nível de respostas por entidade, a Região do Centro/Beiras foi a que registou um maior número de respostas em Autarquias (39), em oposição à Região Autónoma da Madeira, com apenas 1 resposta. Também em SCM a Região do Centro/Beiras foi a que apresentou um maior número de respostas (9) em oposição à Região Autónoma da Madeira com 0 respostas. Em US a

Região do Centro/Beiras apresentou 5 respostas face às 0 respostas obtidas nas Regiões Autónomas. Por fim, ao nível das UCC, mais uma vez a Região do Centro/Beiras apresentou 8 respostas face às 0 respostas obtidas nas Regiões Autónomas.

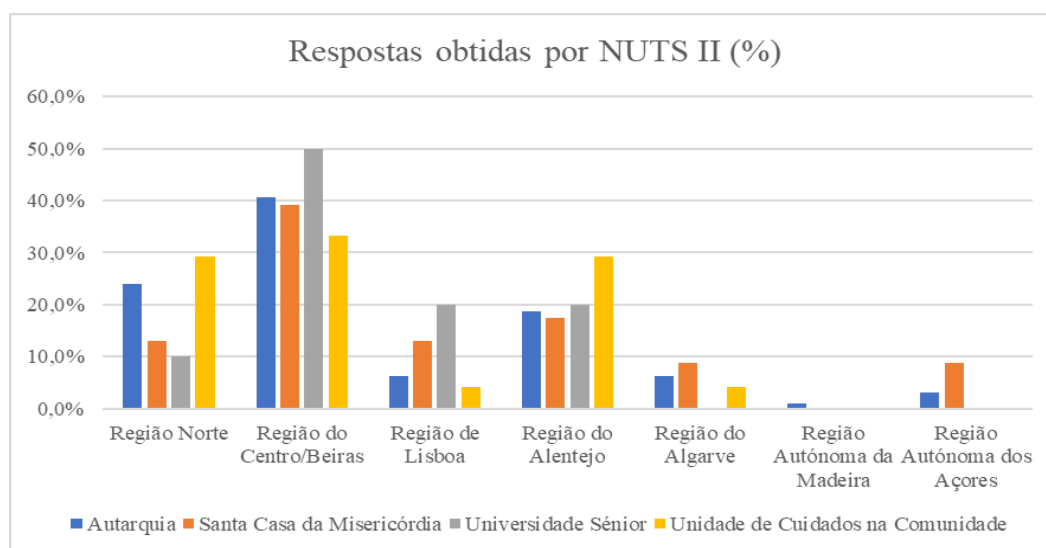


Figura 5 - Respostas obtidas por NUTS II (%).

Numa análise a nível de NUTS III, o Alto Tâmega foi a única sub-região que apresentou 0 respostas em todas as organizações., ao passo que a Região de Aveiro (22 respostas) e Região de Coimbra (15 respostas) foram as que apresentaram maiores números, seguidas das Áreas Metropolitanas de Lisboa e do Porto, com 12 e 11 respostas respetivamente.

Em termos individuais (ver Figura 5), a sub-região com maior número de respostas ao nível de Autarquias foi a Região de Aveiro com 10 respostas (10,4%), face às 0 respostas obtidas nas sub-regiões do Alto Tâmega e Beira Baixa. Ao nível de SCM, a Região de Aveiro foi a sub-região com maior número de respostas, 5, (21,7%), contrastando com as 0 respostas obtidas nas sub-regiões do Cávado, Área Metropolitana do Porto, Alto Tâmega, Douro, Terras de Trás-os-Montes, Oeste, Viseu Dão Lafões, Médio Tejo, Lezíria do Tejo, Alto Alentejo e Região Autónoma da Madeira. Também em US, as sub-regiões com maior número de respostas foi a Região de Aveiro com 3 respostas (30%), seguida da Região de Coimbra e Área Metropolitana de Lisboa, com 2 respostas (20% respetivamente), com o Tâmega e Sousa, Baixo Alentejo e Lezíria do Tejo a apresentarem 1 resposta (10% respetivamente), ao passo que todas as outras sub-regiões apresentaram 0 respostas. Por último, em termos de UCC, a sub-região de Aveiro obteve 4 respostas (16,67%), com a Região de Coimbra e a Área Metropolitana do Porto a registarem 3 respostas (12,50%, respetivamente), face às 0 respostas nas sub-regiões de Ave, Alto Tâmega, Douro, Terras de Trás-os-Montes, Oeste, Região de Leiria, Beira Baixa, Médio Tejo, Beiras e Serra da Estrela, Lezíria do Tejo e Regiões Autónomas.

NUTS 2	NUTS 3	Autarquia	SCM	US	UCC
Região do Norte	Alto Minho	2	1	0	1
Região do Norte	Cávado	2	0	0	1
Região do Norte	Ave	2	2	0	0
Região do Norte	Área Metropolitana do Porto	8	0	0	3
Região do Norte	Alto Tâmega	0	0	0	0
Região do Norte	Tâmega e Sousa	6	0	1	2
Região do Norte	Douro	2	0	0	0
Região do Norte	Terras de Trás-os-Montes	1	0	0	0
Região do Centro/Beiras	Oeste	2	0	0	0
Região do Centro/Beiras	Região de Aveiro	10	5	3	4
Região do Centro/Beiras	Região de Coimbra	9	1	2	3
Região do Centro/Beiras	Região de Leiria	4	1	0	0
Região do Centro/Beiras	Viseu Dão Lafões	4	0	0	1
Região do Centro/Beiras	Beira Baixa	0	1	0	0
Região do Centro/Beiras	Médio Tejo	6	0	0	0
Região do Centro/Beiras	Beiras e Serra da Estrela	4	1	0	0
Região de Lisboa	Área Metropolitana de Lisboa	6	3	2	1
Região do Alentejo	Alentejo Litoral	1	1	0	2
Região do Alentejo	Baixo Alentejo	2	1	1	2
Região do Alentejo	Lezíria do Tejo	5	0	1	0
Região do Alentejo	Alto Alentejo	4	0	0	2
Região do Alentejo	Alentejo Central	6	2	0	1
Região do Algarve	Algarve	6	2	0	1
Região Autónoma da Madeira	Região Autónoma da Madeira	1	0	0	0
Região Autónoma dos Açores	Região Autónoma dos Açores	3	2	0	0
		96	23	10	24

Tabela 4 - Amostra das organizações.

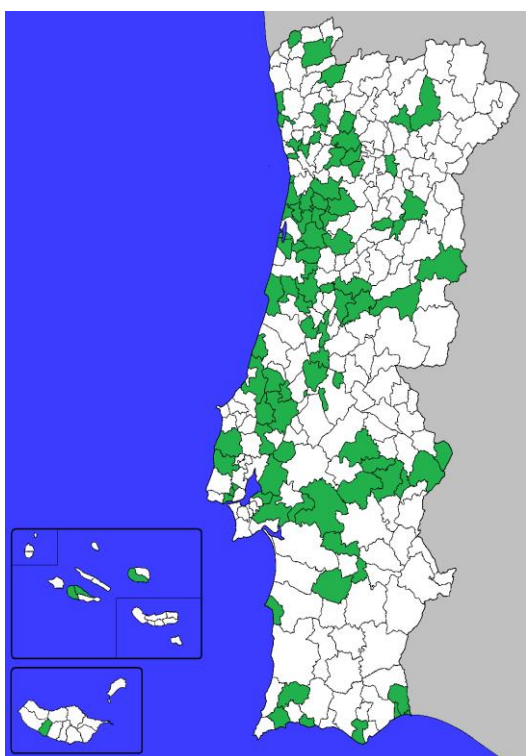


Figura 6 - Mapa de respostas em autarquias.

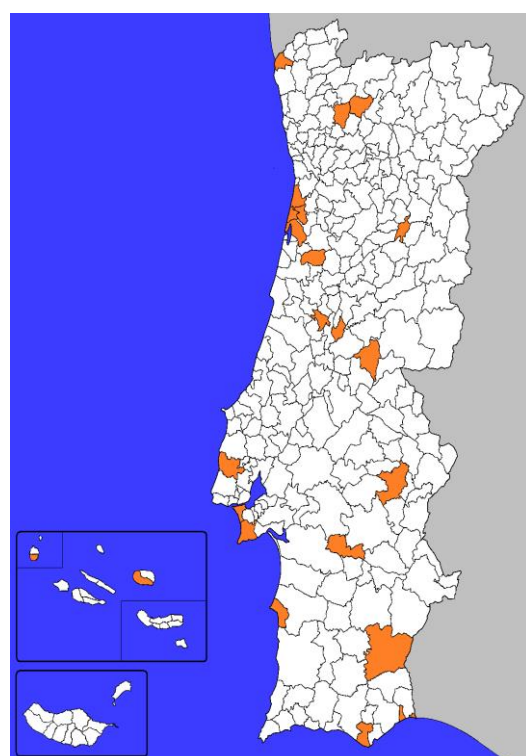


Figura 7 - Mapa de respostas em Santas Casas da Misericórdia.

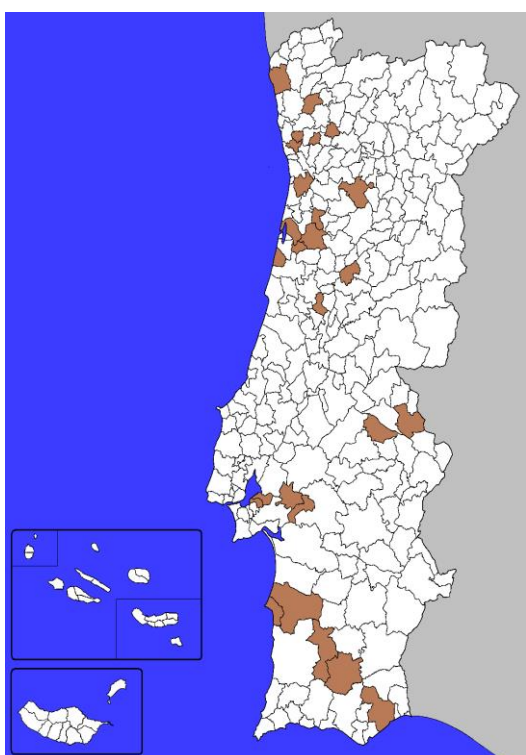


Figura 8 - Mapa de respostas em Unidades de Cuidados na Comunidade.

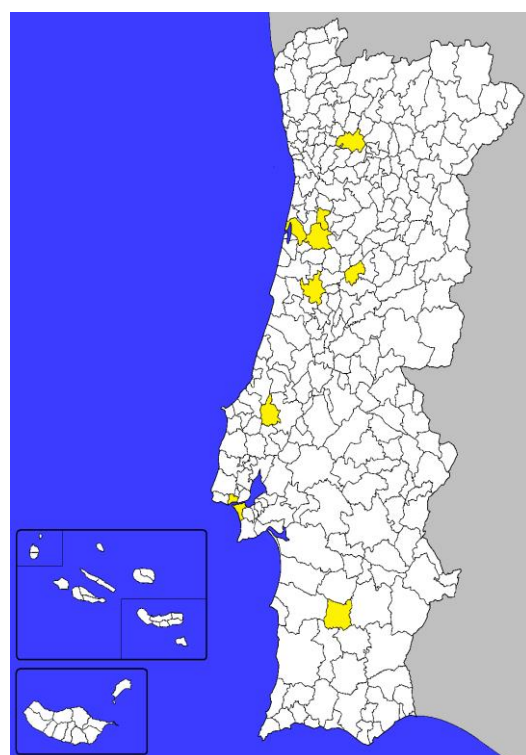


Figura 9 - Mapa de respostas em Universidades Sêniores.



#### 4.1.2 Função desempenhada pelos entrevistados

Relativamente ao cargo/função desempenhada pelos entrevistados em Autarquias (Figura 10), verifica-se que o maior número de respostas foi dado por Técnicos(as) Superiores de Serviço (54%), seguido do Chefe de Divisão de Ação Social (27%) e Executivo Municipal (19%).

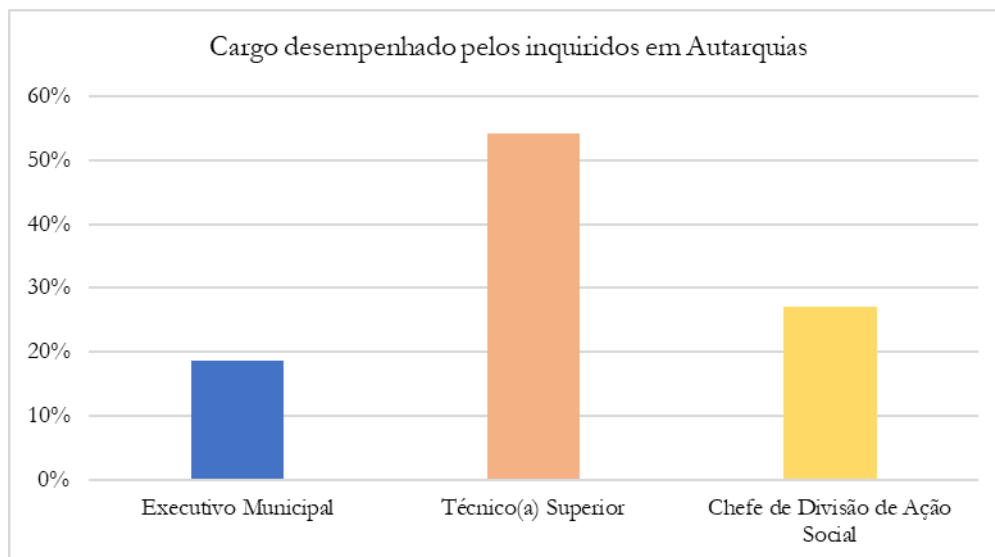


Figura 7 - Cargo desempenhado pelos inquiridos em Autarquias.

Em SCM (Figura 11), destaca-se o cargo de Diretor(a) Técnico(a) com 39% das respostas, seguido de Técnico(a) Superior com 26% das respostas. As restantes respostas foram obtidas por Chefes de Departamento (17%) e Provedor(a) (13%), sendo que 4% não respondeu à questão.

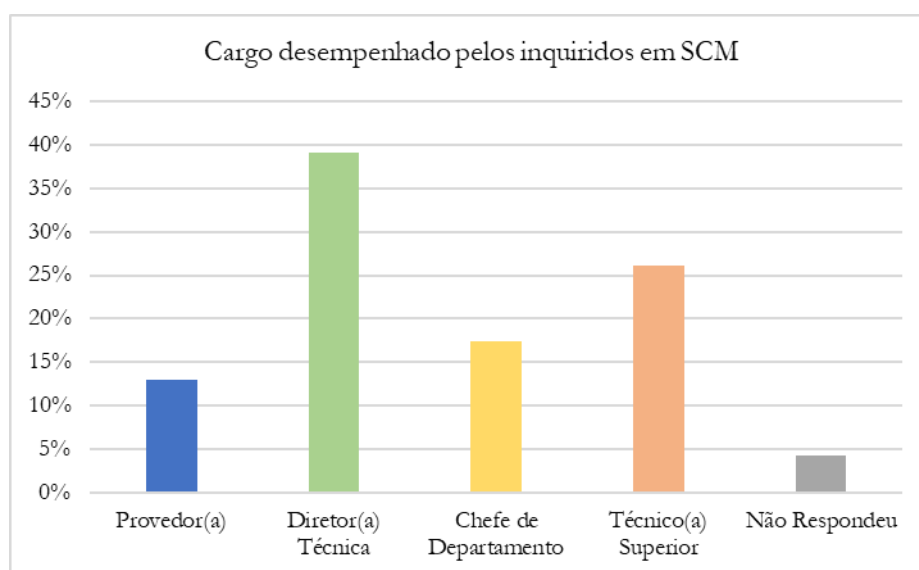


Figura 8 - Cargo desempenhado pelos inquiridos em Santas Casas da Misericórdia.

Relativamente a US (Figura 12), o maior número de entrevistados desempenhava funções de Diretor(a) (50% das respostas), seguido de Presidente (20%) e Professor (10%), sendo que 20% não referiu a função que desempenhava.

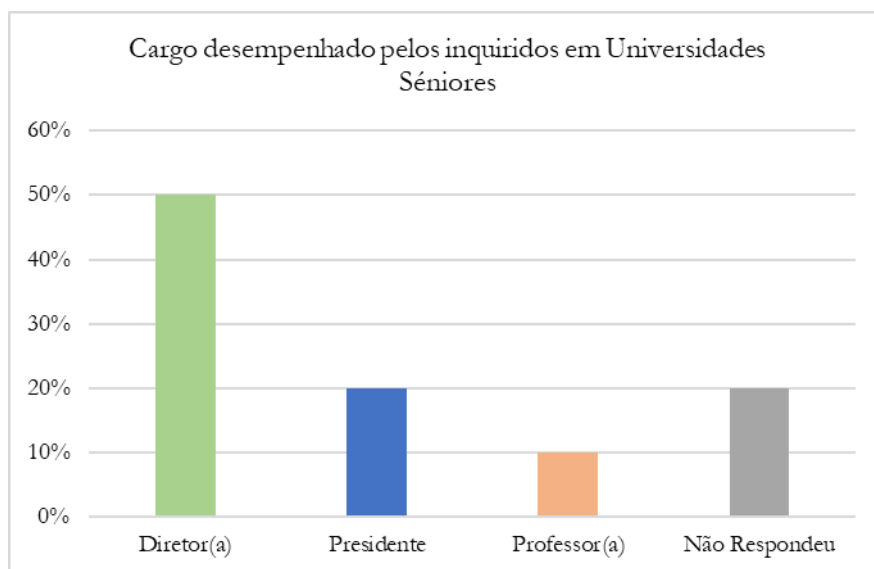


Figura 9 - Cargo desempenhado pelos inquiridos em Universidades Sêniores.

Por fim, relativamente ao cargo desempenhado pelos entrevistados em UCC (Figura 13), 54% dos entrevistados desempenhavam a função de Coordenador(a) da UCC, seguidos de Enfermeiro(a) com 42% dos entrevistados e Fisioterapeuta (4%).

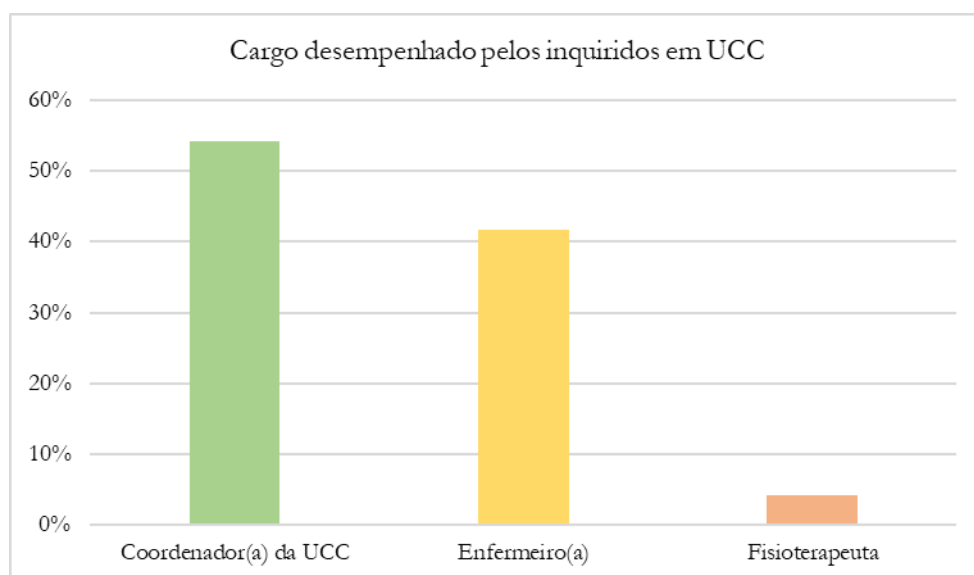


Figura 10 - Cargo desempenhado pelos inquiridos em Unidades de Cuidados na Comunidade.

### 4.1.3 Conceitos

		Env.Ativo	Env.Produutivo	Env.Saudável	Cidades Saudáveis	Cidades Amigas das PI
Conhecimento	Sim	99%	63%	98%	88%	89%
	Não	1%	31%	2%	7%	8%
	Não Respondeu	0%	6%	0%	5%	3%
Fonte do Conhecimento	Orientação Europeia	24%	20%	13%	23%	18%
	Orientação Nacional	27%	30%	28%	43%	38%
	Orientação da Própria Instituição	29%	22%	35%	15%	25%
	Iniciativa Própria	18%	27%	22%	17%	18%
	Não Respondeu	1%	2%	2%	2%	2%

Tabela 5 -Nível e fonte de conhecimento das autarquias para alguns conceitos-chave de envelhecimento.

Num universo de 96 respostas obtidas em Autarquias foi notório o conhecimento dos conceitos questionados (tabela 5), sendo o conceito de “envelhecimento ativo” o mais reconhecido com 99% dos inquiridos a responder afirmativamente, seguido do conceito de “envelhecimento saudável” com 98%. Destaque para o conceito de “envelhecimento produtivo”, pelo facto de ter reunido a maior percentagem de desconhecimento, com 31% dos inquiridos a responder “não” e 6% a não responder à questão.

Quanto aos conceitos de “cidades saudáveis” e “cidades amigas das pessoas idosas”, 88% e 89% respetivamente, dos inquiridos afirma conhecer o conceito.

Relativamente à fonte de conhecimento destes mesmos conceitos, não existe um padrão de respostas, que na sua maioria permita inferir qualquer conclusão. No conceito de “envelhecimento ativo”, 29% dos inquiridos diz ter conhecimento do conceito através de “orientações da própria instituição”, com 27% a responder “orientação nacional”, 24% “orientação europeia” e 18% a responder por “iniciativa própria”. No conceito de “envelhecimento produtivo”, 30% dos inquiridos diz ser por “orientação nacional”, seguido de iniciativa própria com 27%, “orientação da própria instituição” com 22% e “orientação europeia” com 20%. Já no conceito de “envelhecimento saudável”, mais uma vez é notório a diversidade de respostas, com 35% dos

inquiridos a responder “orientação da própria instituição”, seguido de 28% com “orientação nacional”, 22% “iniciativa própria” e 13% “orientação europeia”.

Quanto aos conceitos de “cidades saudáveis” e “cidades amigas das pessoas idosas”, a maioria dos inquiridos respondeu “orientação nacional” com 43% e 38% respetivamente.

Posto isto, nas autarquias inquiridas é possível ainda inferir que a maioria da fonte de conhecimento advém de orientações nacionais ou de orientações da própria instituição.

		Env.Ativo	Env.Produutivo	Env.Saudável	Cidades Saudáveis	Cidades Amigas das PI
Conhecimento	Sim	91%	43%	91%	48%	57%
	Não	0%	30%	0%	26%	30%
	Não Respondeu	9%	26%	9%	26%	13%
Fonte do Conhecimento	Orientação Europeia	10%	30%	10%	27%	31%
	Orientação Nacional	33%	10%	14%	36%	31%
	Orientação da Própria Instituição	38%	10%	43%	0%	15%
	Iniciativa Própria	19%	40%	33%	27%	23%
	Não Respondeu	0%	10%	0%	9%	0%

Tabela 6 - Nível de conhecimento das SCM para alguns conceitos-chave de envelhecimento.

Com 23 respostas obtidas em SCM (tabela 6), os conceitos-chave de envelhecimento não são claramente tão bem reconhecidos como em autarquias. O conceito de envelhecimento ativo é a par do conceito de “envelhecimento saudável” o que reúne maior percentagem de conhecimento (91%). Já o conceito de “envelhecimento produtivo” não é do conhecimento de 30% dos inquiridos, com 26% dos inquiridos a não responderem à questão, sendo que 43% afirmam conhecer o conceito. No que diz respeito ao conceito de “cidades saudáveis”, mais uma vez existe uma aproximação entre os que conhecem o conceito e os que não conhecem, com 48% dos inquiridos a responder “sim” e 26% a responder não conhecer o conceito e outros 26% a não responder à questão. Quanto ao conceito de “cidades amigas das pessoas idosas”, 57% respondeu “sim”, sendo que 30% respondeu “não”. As SCM foram as organizações, entre as quatro em estudo que mais desconhecem estes conceitos.

Na fonte de conhecimento analogamente às autarquias, o conceito de “envelhecimento ativo” advém de “orientação da própria instituição” (38%), seguido de “orientação nacional” com 33%. Já no conceito de “envelhecimento produtivo”, 40% diz ter sido por “iniciativa própria”, com 30% a referir “orientação europeia”. No conceito “envelhecimento saudável” 43% diz ser por “orientação da própria instituição”, tal como já tinha acontecido em autarquias, com 33% a referir “iniciativa própria”.

No conceito “cidades saudáveis” 36% refere ter obtido o conhecimento através de “orientação nacional”, com 54% a referir “orientação europeia” ou “iniciativa própria” (27% respetivamente). No que diz respeito ao conceito “cidades amigas das pessoas idosas” 62% diz ter sido por “orientação europeia” ou “orientação nacional”, com 31% de respostas em ambos os casos.

Conclui-se assim, que ao nível de SCM, a maioria dos inquiridos conhece conceitos de “envelhecimento ativo e envelhecimento saudável”, assim como “cidades amigas das pessoas idosas”. Ao contrário das autarquias, uma elevada percentagem dos inquiridos diz não conhecer os restantes conceitos. Quanto à fonte de conhecimento desses conceitos não existe um padrão, pelo que a fonte varia consoante o conceito em causa e o inquirido.

		Env.Ativo	Env.Produtivo	Env.Saudável	Cidades Saudáveis	Cidades Amigas das PI
Conhecimento	Sim	90%	70%	90%	80%	80%
	Não	0	10%	0%	0%	10%
	Não Respondeu	10%	20%	10%	20%	10%
Fonte do Conhecimento	Orientação Europeia	33%	29%	11%	0%	25%
	Orientação Nacional	11%	14%	22%	63%	38%
	Orientação da Própria Instituição	33%	29%	33%	13%	25%
	Iniciativa Própria	22%	14%	22%	13%	0%
	Não Respondeu	0%	14%	11%	13%	13%

Tabela 7 -Nível e fonte de conhecimento das Universidades Sêniores para alguns conceitos-chave de envelhecimento.

Em US (tabela 7), os inquiridos revelam ter conhecimento de todos os conceitos-chave sobre o envelhecimento, com destaque para os 90% registados nos conceitos de “envelhecimento ativo” e “envelhecimento saudável”. Mais uma vez, e apesar de 70% ter respondido “sim”, o “envelhecimento produtivo” é o conceito mais desconhecido.

Quanto à fonte de conhecimento, o conceito de “envelhecimento ativo” advém de “orientação europeia” e “orientação da própria instituição” com 33% respetivamente. Também o “envelhecimento produtivo” resulta das mesmas orientações, com 29% respetivamente. Já no “envelhecimento saudável”, a fonte de conhecimento é “orientação da própria instituição” com 33%.

Em relação ao conceito das cidades, 63% diz conhecer o conceito de “cidades saudáveis” através de “orientação nacional”, bem como os 38% que conhece o conceito de “cidades amigas das pessoas idosas”, sob a mesma orientação.

		Env.Ativo	Env.Produtivo	Env.Saudável	Cidades Saudáveis	Cidades Amigas das PI
Conhecimento	Sim	96%	50%	96%	71%	67%
	Não	4%	46%	0%	25%	25%
	Não Respondeu	0%	4%	4%	4%	8%
Fonte do Conhecimento	Orientação Europeia	9%	8%	4%	18%	13%
	Orientação Nacional	52%	17%	48%	18%	25%
	Orientação da Própria Instituição	17%	8%	9%	0%	0%
	Iniciativa Própria	22%	67%	39%	53%	56%
	Não Respondeu	0%	0%	0%	12%	6%

Tabela 8 -Nível e fonte de conhecimento das UCC para alguns conceitos-chave de envelhecimento.

Nas UCC (tabela 8), existe tal como nas SCM alguma discrepância no conhecimento dos conceitos, com 96% a conhecer os conceitos de “envelhecimento ativo” e “envelhecimento saudável” e apenas 50% para o conceito de “envelhecimento produtivo”, tal como nas restantes organizações, o

mais desconhecido. “cidades saudáveis” é conhecido por 71% dos inquiridos, com 67% a conhecer o conceito de “cidades amigas das pessoas idosas”.

Quanto à fonte de conhecimento, destaque para a maioria ser por iniciativa própria, o que contrasta com as outras organizações em estudo, nomeadamente em conceitos como “envelhecimento produtivo”, “cidades saudáveis” e “cidades amigas das pessoas idosas”, com 67%, 53% e 56% respetivamente. O conceito de “envelhecimento ativo” e “envelhecimento saudável” advém de “orientação nacional”, com 52% e 48% respetivamente.

Em suma, podemos concluir que o conceito de “envelhecimento ativo” e “envelhecimento saudável” são os que reúnem maior nível de conhecimento, com uma taxa acima dos 90%. Destaque para as autarquias que apresentam taxas muito próximas dos 100% (99% e 98% respetivamente). Por outro lado, o conceito de envelhecimento produtivo é o que reúne maior desconhecimento. Nas SCM e em UCC o conceito é apenas do conhecimento de 43% e 50% dos inquiridos respetivamente, o que pode levar a vários tipos de interpretações. Em primeiro lugar, poderíamos apontar esta causa para o facto de em ambas as entidades quase 50% dos inquiridos não apresentarem cargos de diretoria, ou seja, não serem os responsáveis pela organização e, portanto, haver uma maior probabilidade de desconhecimento deste conceito. No entanto, quando analisados só estes cargos (provedor e diretor técnico em SCM e coordenador em UCC), verificamos que o desconhecimento ronda os 50%, logo não há uma relação causa-efeito. Todavia, os inquiridos destas entidades podem desconhecer este conceito pelo facto de as pessoas idosas com quem lidam apresentarem mais fragilidades, nomeadamente a nível de saúde, ou seja, não reconhecerem nas mesmas um papel ativo na sociedade. Esta perspetiva pode justificar a maior taxa de resposta em autarquias e US, pelo facto destes atores verem na pessoa idosa um papel mais produtivo e com contributo para a sociedade.

Ao nível dos conceitos de “cidades saudáveis” e “cidades amigas das pessoas idosas”, verifica-se uma vez mais que nas SCM e UCC as taxas de conhecimento são mais baixas que em autarquias e US. Estes resultados acabam por ser expectáveis, uma vez que quem participa na elaboração e implementação destes conceitos são as autarquias, até pelo facto de se tratarem de medidas amplas, que abarcam diversas áreas.

Se fizermos uma análise pela fonte de conhecimento desses conceitos, podemos corroborar alguns factos acima descritos. Em autarquias, os conceitos advêm de orientação da própria instituição ou de orientação europeia, o que pode ser explicado, nomeadamente na primeira opção, pelo facto da maioria dos inquiridos serem técnicos superiores, ou seja, receberem a informação por normas emitidas pela entidade que os rege. No caso das SCM, os resultados são dispersos, mas podemos salientar o conceito de “envelhecimento produtivo”, até para atestar a falta de conhecimento em cima analisada. Por um lado, foi por iniciativa própria que a maioria dos inquiridos teve conhecimento deste conceito e, por outro, apenas 10% foi por orientação da própria instituição, o

que pode indiciar que este não é um conceito relevante para estes atores-chave. Por fim, em UCC podemos aferir que os conceitos são na sua maioria obtidos por iniciativa própria e muito raramente por orientação da própria organização, o que pode revelar que estes atores-chave não estão despertos para estas questões. Em US, por contraste, podemos verificar que a fonte de conhecimento advém maioritariamente por orientação da própria instituição.

#### 4.1.4 Visão

Em autarquias (tabela 9) é de referir os 27% de inquiridos que considera que a principal visão do município deve ser a promoção de estilos saudáveis, contrastando com os 25% que considera como menos importante uma visão virada para o desenho do espaço público e para a mobilidade da população idosa.

Visão para o município	1. maior prioridade....5. menor prioridade				
	1	2	3	4	5
Ser um município cujo desenho do espaço público permite uma mobilidade da população mais idosa, sem barreiras arquitetónicas e urbanísticas	5%	14%	16%	13%	25%
Ser um município com uma boa rede de transportes, evitando o isolamento social e promovendo o acesso aos serviços locais	11%	14%	16%	17%	16%
Ser um município que promova estilos de vida saudáveis (atividade física, promoção para a saúde, etc...), com atividades e eventos atrativos para a população idosa	27%	15%	13%	9%	10%
Ser um município que reconhece o valor do contributo da população idosa nos processos de tomada de decisão, nomeadamente na organização de atividades e eventos	13%	14%	16%	19%	11%
Ser um município que apoie social e financeiramente a população idosa mais carenciada	17%	18%	14%	15%	9%
Não Respondeu	27%	27%	27%	28%	28%

Tabela 9 - Visão das autarquias para fazer face ao envelhecimento populacional.

Em SCM (tabela 10) destacam-se os 26% de inquiridos que considera que a principal visão do município deve ser uma visão virada para o desenho do espaço público e para a mobilidade da população idosa, o que contrasta com as autarquias, na qual esta era a visão menos prioritária. Ser um município que reconhece o valor do contributo da pessoa idosa nos processos de tomada de decisão é, por outro lado, a visão que os inquiridos em SCM vêm com menos prioritária.

Nas US (tabela 11), tal como nas autarquias, a visão de ser um município voltada para o desenho do espaço público e para a mobilidade da população idosa é a considerada como menos prioritária, com 30%. Também 30% dos inquiridos considera como mais prioritária a visão que reconhece o valor



do contributo da pessoa idosa nos processos de tomada de decisão, contrariamente ao que acontecia nos inquiridos em SCM e em UCC.

Já UCC (tabela 12), 33% dos inquiridos vê como menos prioritário a visão que reconhece o valor do contributo da pessoa idosa nos processos de tomada de decisão, sendo que ser um município com uma boa rede de transportes, que evite o isolamento social é a visão considerada como prioritária.

	<i>1. maior prioridade....5. menor prioridade</i>				
<b>Visão para o município</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ser um município cujo desenho do espaço público permite uma mobilidade da população mais idosa, sem barreiras arquitetónicas e urbanísticas	26%	13%	9%	9%	9%
Ser um município com uma boa rede de transportes, evitando o isolamento social e promovendo o acesso aos serviços locais	13%	9%	22%	9%	13%
Ser um município que promova estilos de vida saudáveis (atividade física, promoção para a saúde, etc...), com atividades e eventos atrativos para a população idosa	4%	9%	22%	22%	9%
Ser um município que reconhece o valor do contributo da população idosa nos processos de tomada de decisão, nomeadamente na organização de atividades e eventos	9%	17%	4%	9%	26%
Ser um município que apoie social e financeiramente a população idosa mais carenciada	13%	17%	9%	17%	9%
Não Respondeu	35%	35%	35%	35%	35%

Tabela 10 - Visão das SCM para fazer face ao envelhecimento populacional.

	<i>1. maior prioridade....5. menor prioridade</i>				
<b>Visão para o município</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ser um município cujo desenho do espaço público permite uma mobilidade da população mais idosa, sem barreiras arquitetónicas e urbanísticas	10%	10%	10%	10%	30%
Ser um município com uma boa rede de transportes, evitando o isolamento social e promovendo o acesso aos serviços locais	0%	20%	20%	20%	10%
Ser um município que promova estilos de vida saudáveis (atividade física, promoção para a saúde, etc...), com atividades e eventos atrativos para a população idosa	10%	10%	20%	10%	10%

Ser um município que reconhece o valor do contributo da população idosa nos processos de tomada de decisão, nomeadamente na organização de atividades e eventos	30%	20%	0%	10%	20%
Ser um município que apoie social e financeiramente a população idosa mais carenciada	20%	10%	20%	20%	0%
Não Respondeu	30%	30%	30%	30%	30%

Tabela 11- Visão das Universidades Sénior para fazer face ao envelhecimento populacional.

	<i>1. maior prioridade....5. menor prioridade</i>				
<b>Visão para o município</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ser um município cujo desenho do espaço público permite uma mobilidade da população mais idosa, sem barreiras arquitetónicas e urbanísticas	13%	4%	17%	21%	8%
Ser um município com uma boa rede de transportes, evitando o isolamento social e promovendo o acesso aos serviços locais	17%	29%	4%	0%	13%
Ser um município que promova estilos de vida saudáveis (atividade física, promoção para a saúde, etc...), com atividades e eventos atrativos para a população idosa	17%	8%	21%	17%	0%
Ser um município que reconhece o valor do contributo da população idosa nos processos de tomada de decisão, nomeadamente na organização de atividades e eventos	8%	8%	8%	4%	33%
Ser um município que apoie social e financeiramente a população idosa mais carenciada	8%	13%	13%	21%	8%
Não Respondeu	38%	38%	38%	38%	38%

Tabela 12 - Visão das UCC para fazer face ao envelhecimento populacional.

No que respeita à visão para o município, apesar dos valores apresentados serem muito próximos, há algumas observações que podem ser merecedoras de atenção. Nas autarquias, o facto das questões do desenho do espaço público e das barreiras arquitetónicas serem vistas com menor prioridade pode indicar que já foram implementadas medidas de forma a resolver esta problemática. Por outro lado, pode também indiciar que os municípios estão mais preocupados, atualmente, com a promoção de estilos de vida saudáveis e atividades de lazer.

Nas SCM, ao contrário do que acontece nas autarquias, a visão que reúne maior consenso é a que aborda as questões do desenho do espaço público, que pode ser explicado pelo facto da população idosa afeta a esta entidade ser mais dependente e com menos mobilidade. Por estas razões, a visão vista como menos prioritária é a que assenta no valor do contributo da população idosa nos processos de tomada de decisão, ou seja, não é reconhecido o valor e capacidade, por parte destas entidades, nas pessoas idosas que têm em mãos, devido ao facto de serem mais frágeis e dependentes, por questões de saúde.

Nas US, os resultados são também eles de certa forma expectáveis. Se por um lado, a visão vista como menos prioritária é a do desenho do espaço público, uma vez que os idosos que frequentam as universidades são por norma ativos e com boa mobilidade física, por outro lado, é visto com maior prioridade o valor que a pessoa idosa pode apresentar nos processos de tomada de decisão. Este facto pode ser explicado pelo perfil da população que frequenta esta entidade, pessoas ativas, mas com formação escolar precária. Assim, os responsáveis querem incutir este tipo de visão nos seus associados, de forma a mostrar a eles e à sociedade o seu valor e a sua maior valia.

Por fim, nas UCC, o facto da população-alvo ser por norma mais dependente e com problemas de saúde mais acentuados pode explicar, tal como nas SCM, o facto da visão menos prioritária ser a que reconhece o valor e contributo da população idosa nos processos de tomada de decisão. Já a visão vista com maior prioridade é a de uma boa rede de transportes que evite o isolamento social, facto que pode ser explicado pela mesma premissa, ou seja, isolamento leva a dependência, que por sua vez leva à não participação. Este efeito cíclico pode ser uma causa da não participação em programas implementado pela UCC e por isso, é vista como prioritária a questão da boa rede de transportes.

#### ***4.1.5 Políticas desenvolvidas e principais resultados***

A última questão do questionário tinha como premissa reter informação acerca das políticas e iniciativas/projetos que os atores-chave em estudo tinham colocado em prática. Era também objetivo perceber de que forma todas estas políticas e iniciativas podiam ter na sua génese de formulação e implementação parcerias com entidades locais, regionais, nacionais ou europeias. Assim, procurou-se compreender os mecanismos de governança e perceber as principais políticas desenvolvidas em território português nas áreas subjacentes ao conceito de envelhecimento ativo (saúde, ação social, segurança e participação). É de salientar o número de não respostas a esta questão por parte dos inquiridos, como é possível analisar ao longo deste ponto. Isto pode dever-se a dois fatores: 1 | ausência de iniciativas deste âmbito por parte da instituição; 2 | falta de conhecimento por parte do inquirido no âmbito do domínio em análise.

#### 4.1.5.1 Análise por Ator

##### a) Universidades Sêniores

Responderam a esta última questão 6 dos 10 inquiridos, ou seja, houve uma taxa de resposta de 60%. Num total de 18 iniciativas implementadas pelas 6 universidades, 8 foram na área da saúde, 5 na área da participação, 4 na área da segurança e 1 na área da ação social (Figura 14).

Das 8 iniciativas implementadas na área da saúde, 2 faziam parte do grupo “promoção para a saúde” (engloba-se neste grupo tudo o que são dias comemorativos, rastreios e palestras) e 6 no grupo de “atividades físicas”; na área da ação social a única atividade enquadra-se no grupo “benefícios/apoios”; na área da segurança 1 iniciativa pertencia ao grupo “comissão de proteção ao idoso”, outra ao grupo “combate ao isolamento” e 2 ao grupo “palestras/ações de sensibilização”. Por fim, na área da participação 3 iniciativas pertenciam ao grupo “Arte e Saber” (aulas nas mais diversas áreas), uma ao grupo “ações solidárias” e outra a “atividade de lazer e ocupação”.

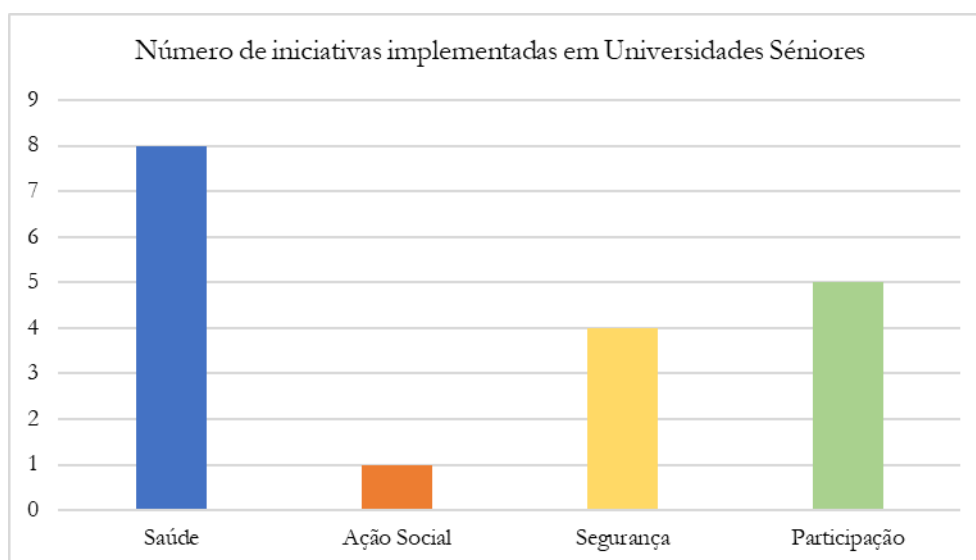


Figura 11 - Número de iniciativas implementadas em Universidades Sêniores (por área).

Já no que diz respeito ao ano de implementação dessas mesmas iniciativas (Figura 15) podemos afirmar que a maioria começou a ser implementada antes do ano de 2010 (4 iniciativas implementadas) ou entre o período compreendido entre 2016 a 2018 (6 iniciativas implementadas). No período de 2012 a 2014 houve uma atividade implementada com as restantes 7 iniciativas sem resposta neste ponto.

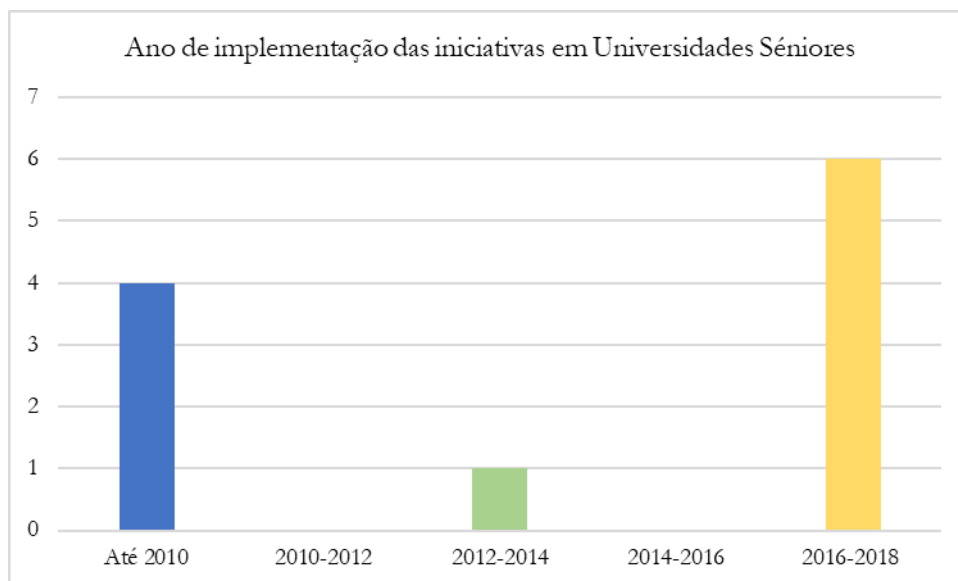


Figura 12 - Ano de implementação das iniciativas em Universidades Sêniores.

Quanto às entidades locais que participam nas iniciativas (Figura 16), e aqui falamos numa parceria que pode ir desde o processo de sinalização dos problemas até à fase de formulação e implementação das iniciativas, há parcerias com as unidades de saúde locais, IPSS, autarquias, GNR, entre outros.

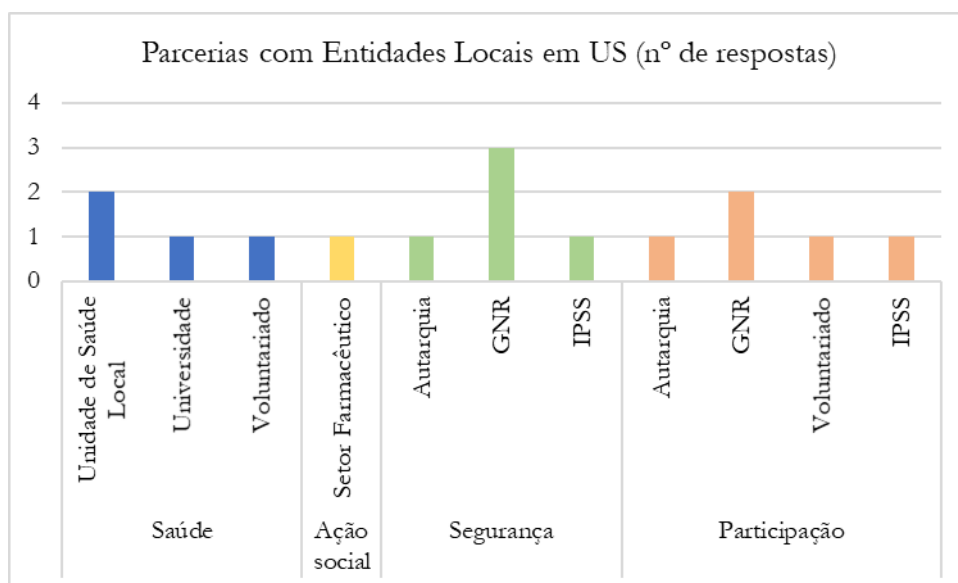


Figura 13 - Parceria com entidades locais em Universidades Sêniores (nº de respostas).

Quanto às iniciativas com entidades regionais, nacionais ou europeias, não houve qualquer tipo de resposta e no que diz respeito aos resultados alcançados, registaram-se três resultados positivos em três iniciativas implementadas.

## b) Unidades de Cuidados na Comunidade

Em UCC's 13 inquiridos em 24 respostas responderam à última questão, o que perfaz uma taxa de resposta de 54,2%. Num total de 22 iniciativas implementadas (Figura 17), 17 eram na área da saúde e 5 distribuídas pela área da ação social, segurança (2 cada) e participação, com uma iniciativa. Nas 17 iniciativas na área da saúde, 9 pertenciam ao grupo “promoção para a saúde”; 3 ao grupo “atividades físicas”; 4 ao grupo “combate ao isolamento” e uma ao grupo “apoio ao cuidador informal”. Das duas iniciativas pertencentes à área da ação social, uma pertencia ao grupo “sinalização de idosos em risco” e outra a “benefícios/apoios”. Na área da segurança, duas iniciativas ligadas ao grupo “segurança no dia-a-dia” (alerta para cuidados a ter no dia-a-dia, prevenção de quedas, segurança em casa, etc...). Por fim, na área da participação, uma atividade ligada ao grupo “atividades de lazer e ocupação”.

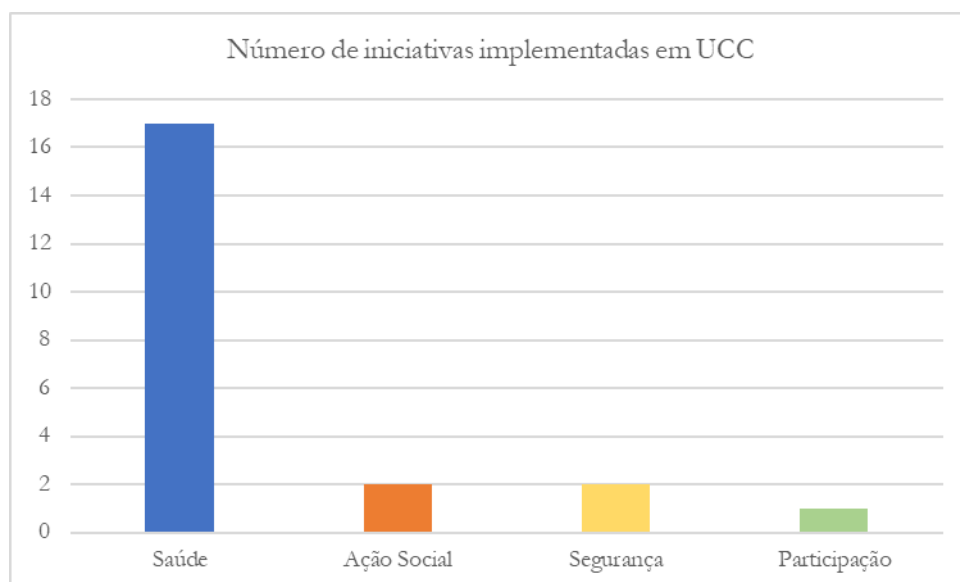


Figura 14 - Número de iniciativas implementadas em Unidades de Cuidados na Comunidade (por área).

Relativamente ao ano de implementação (Figura 18) dessas mesmas iniciativas podemos afirmar que a maioria teve a sua implementação a partir do ano 2016 (11 iniciativas), com as restantes três a serem distribuídas pelos períodos de 2012 a 2014 (1 iniciativa) e 2014 a 2016 (2 iniciativas). Não foi obtida resposta neste ponto em 8 iniciativas.

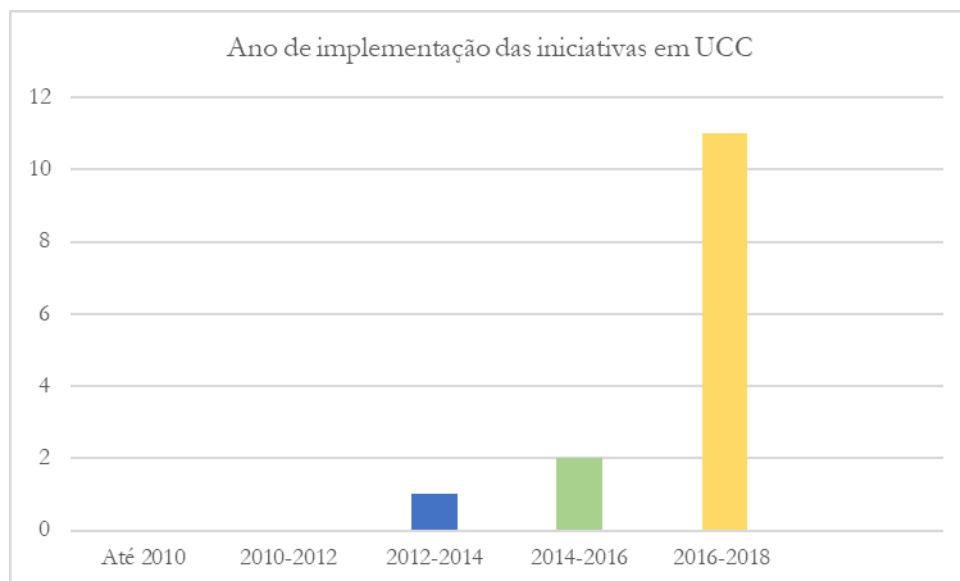


Figura 15 - Ano de implementação das iniciativas em Unidades de Cuidados na Comunidade.

Quanto ao número de parcerias com entidades locais (Figura 19), é de realçar a autarquia, presente em todas as áreas, com particular ênfase nas iniciativas de saúde e ação social. A GNR é também uma entidade parceira, tal como IPSS e Universidades Sêniors.

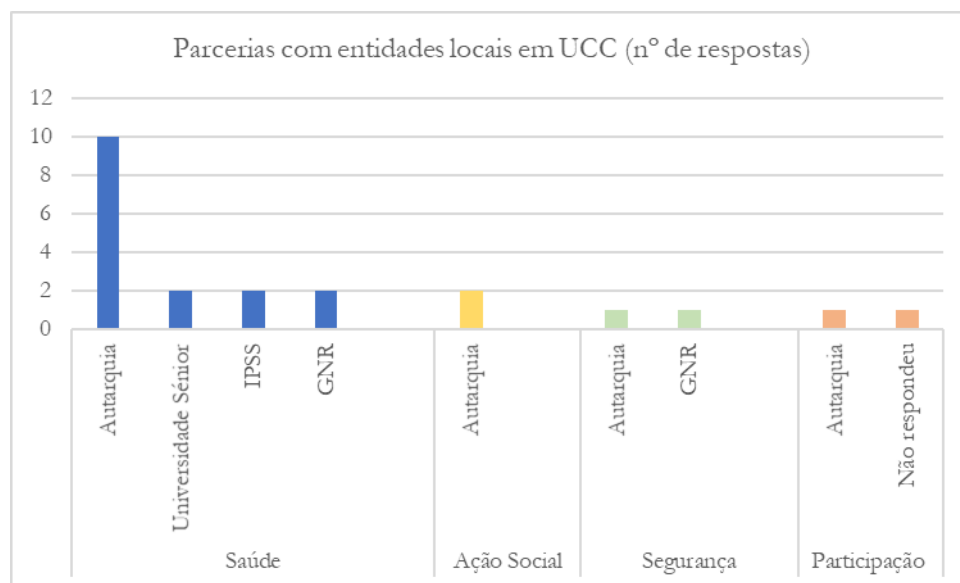


Figura 16 - Parcerias com entidades locais em Unidades de Cuidados na Comunidade (nº de respostas).

Nas entidades fora do âmbito local que participam em iniciativas nas UCC's, destaca-se o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) com parceria em 2 iniciativas distribuídas pela área da saúde e segurança. Já a nível de resultados 10 iniciativas apresentam resultados positivos, com 12 iniciativas sem respostas neste ponto.

c) Santas Casas da Misericórdia

Em 23 respostas conseguidas em SCM, apenas 7 responderam à última questão, o que mostra uma taxa de resposta de 30,4%. Nestas 7 SCM que responderam à questão foi possível ter acesso a 24 iniciativas implementadas (Figura 20), das quais 10 na área da saúde, 7 na área da participação, 5 na área da segurança e 2 na área da ação social. Das 10 iniciativas na área da saúde, 5 eram no grupo “promoção para a saúde”, 4 em “cuidados de saúde” e 1 em “atividades físicas”. Na área da ação social, as duas iniciativas eram na área de “benefícios/apoios”. Na área da segurança as 5 atividades faziam parte do grupo “segurança no dia-a-dia”. Por fim, na área da participação, 4 atividades eram em “arte e saber” e 3 em “atividades de lazer e ocupação”.

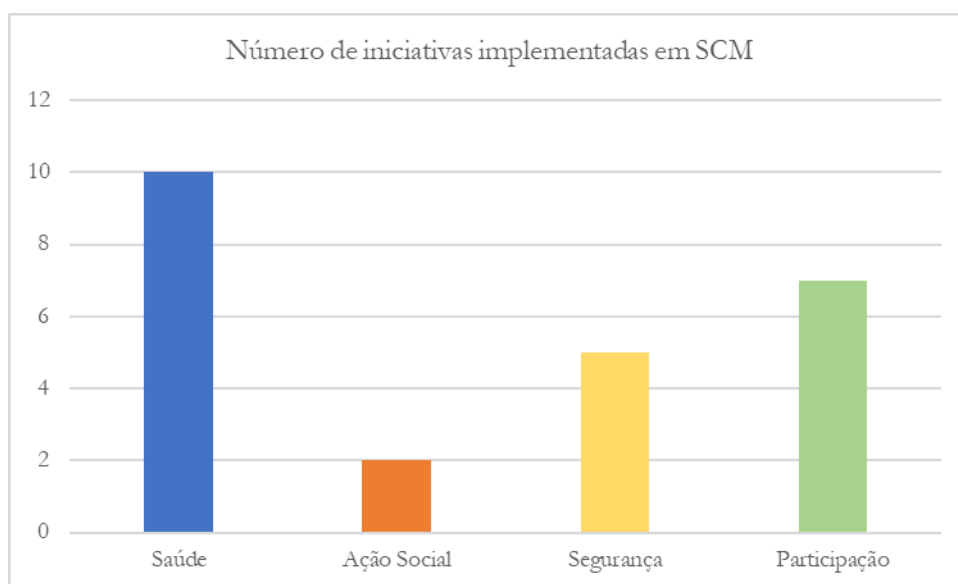


Figura 17 - Número de iniciativas implementadas em Santas Casas da Misericórdia (por área).

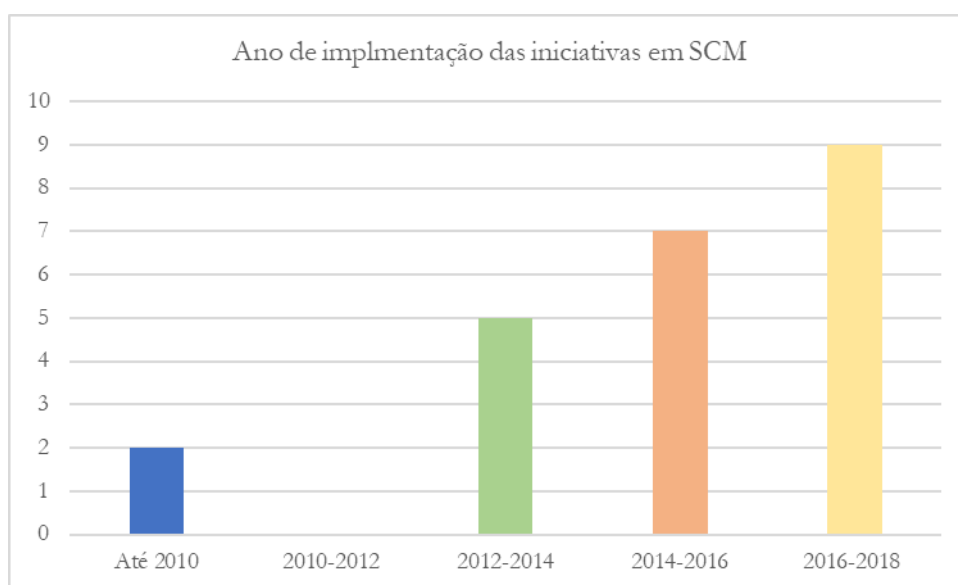


Figura 18 - Ano de implementação das iniciativas em Santas Casas da Misericórdia.



Quanto ao ano de implementação das iniciativas (Figura 21), a grande maioria deu-se a partir do ano de 2012, com o período entre 2016 a 2018 a ser o que reúne um maior número, com 9 iniciativas implementadas. Uma das iniciativas não apresentava ano de implementação.

Nas parcerias com entidades locais (Figura 22), em iniciativas realizadas, as IPSS's têm aqui um papel fundamental em quase todas as áreas, tal como a autarquia, presente em todas elas. A Unidade de Saúde Local, na área da saúde, a GNR, na área da segurança, os Bombeiros, presentes em 3 áreas também, completam o leque de parcerias locais de maior representatividade.

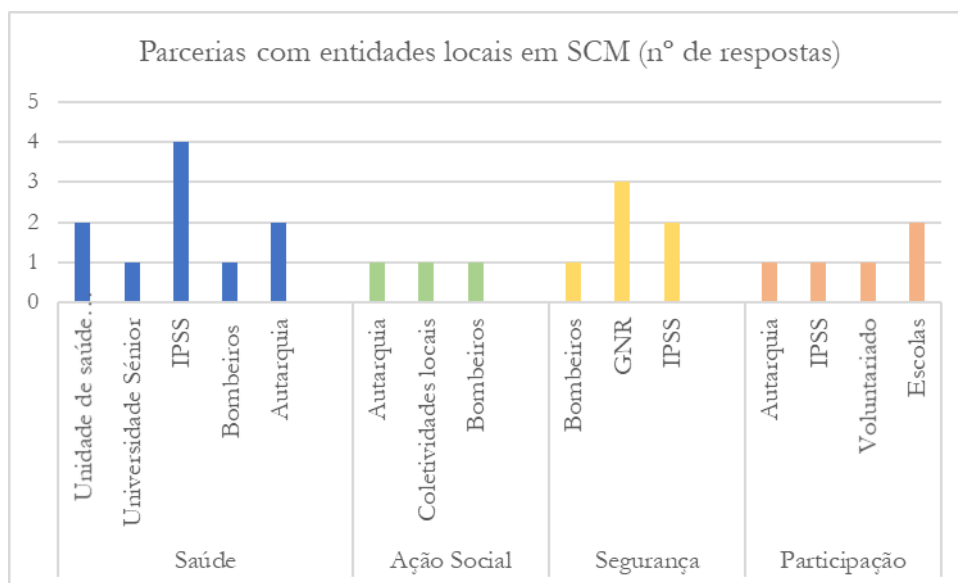


Figura 19 - Parcerias com entidades locais (nº de respostas).

Já nas parcerias fora do âmbito local, apenas 2 iniciativas apresentaram essa parceria, na área da saúde com a presença da União das Misericórdias e na área da participação com o Banco Português de Investimento (BPI). É de destacar ainda, não existir qualquer dado relativo aos resultados das iniciativas implementadas.

#### d) Autarquias

Em autarquias, dos 96 inquiridos, 78 responderam à última questão do questionário, o que perfaz uma taxa de resposta de 81,25%, a mais alta de todos os atores locais em análise. Com 514 atividades implementadas (Figura 23), 145 foram na área da saúde, 193 na área da ação social, 63 na área da segurança e 113 na área da participação.

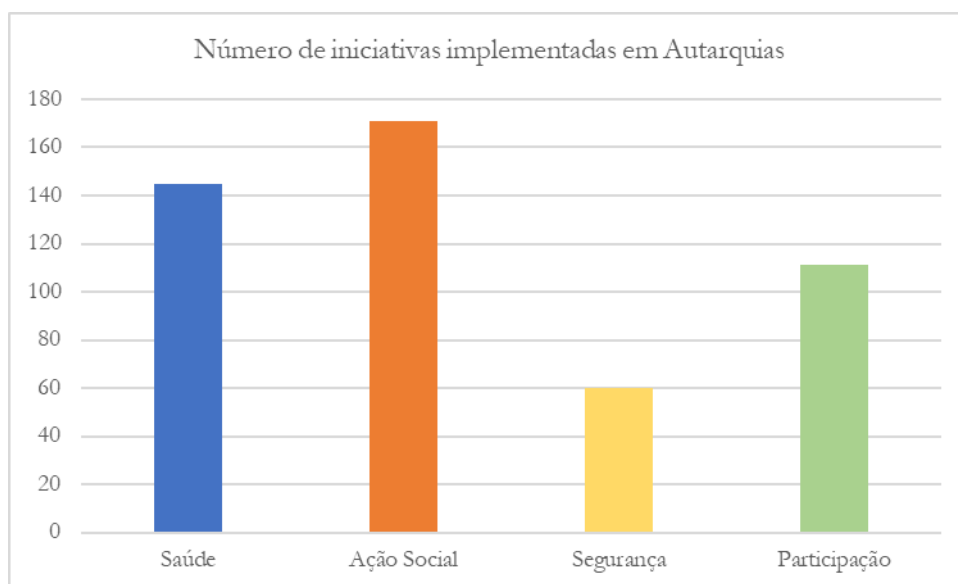


Figura 20 - Número de iniciativas implementadas em Autarquias.

Quanto ao grupo de atividades desenvolvidas (Figura 24), na área da saúde destaque para o grupo “promoção para a saúde” e “atividade física”; na área da ação social para o grupo “apoios/benefícios”; na área da segurança, para “palestras/ações de sensibilização” e, por fim, na área da participação para o grupo “arte e saber e “atividades de lazer e ocupação”.

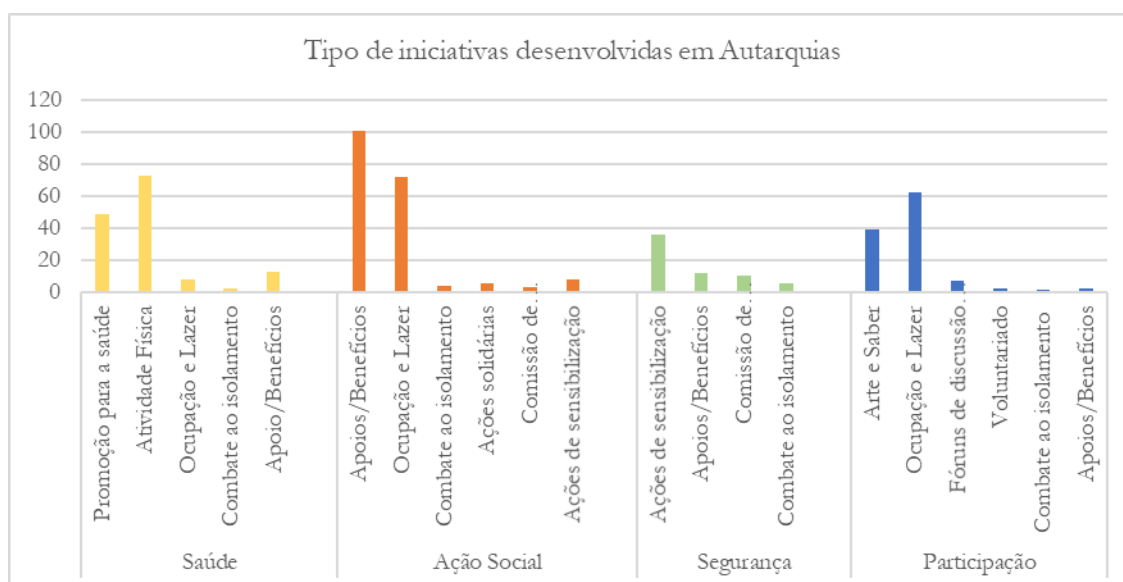


Figura 21 - Tipo de iniciativas desenvolvidas em Autarquias.

Relativamente ao ano de implementação (Figura 25), de salientar dois grandes períodos, por um lado até ao ano de 2010, com 117 iniciativas desenvolvidas e, por outro a partir de 2016, com 104 iniciativas desenvolvidas.

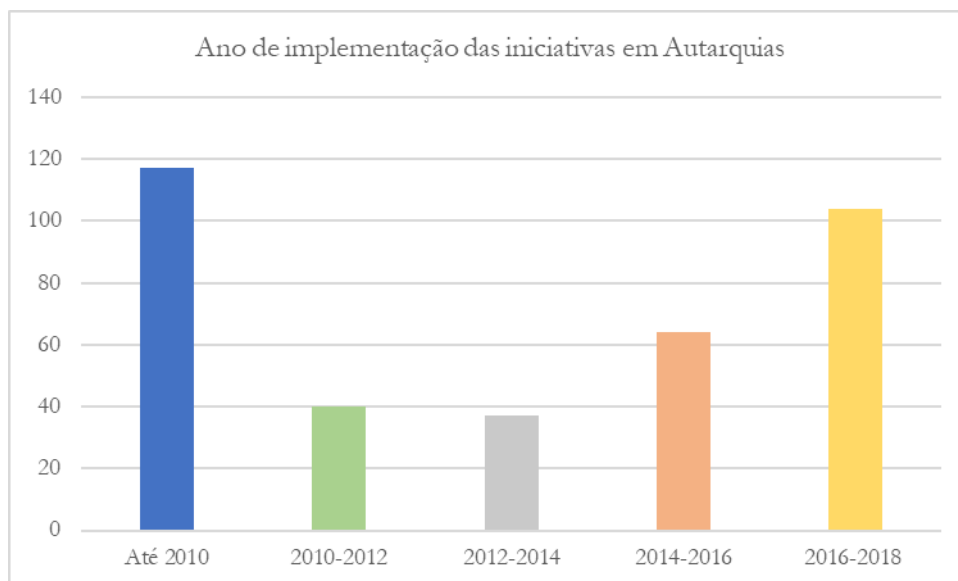


Figura 22 - Ano de implementação das iniciativas em Autarquias.

Existe desde já uma enorme parceria entre a autarquia e as restantes entidades locais, onde na maioria das iniciativas/políticas implementadas tem parceiros sociais (Figura 26). A Rede Social, está presente em todas as áreas, o que nos leva a acreditar que o processo de formulação e implementação está a ser pensado em rede. Outra das evidências que sobressai é a elevada parceria em todas as áreas com as IPSS's, e mais especificamente, na área da saúde com a Unidade de Saúde Local, na área da ação social e participação com as Juntas de Freguesia, e, por fim, na área da Segurança, com a GNR.

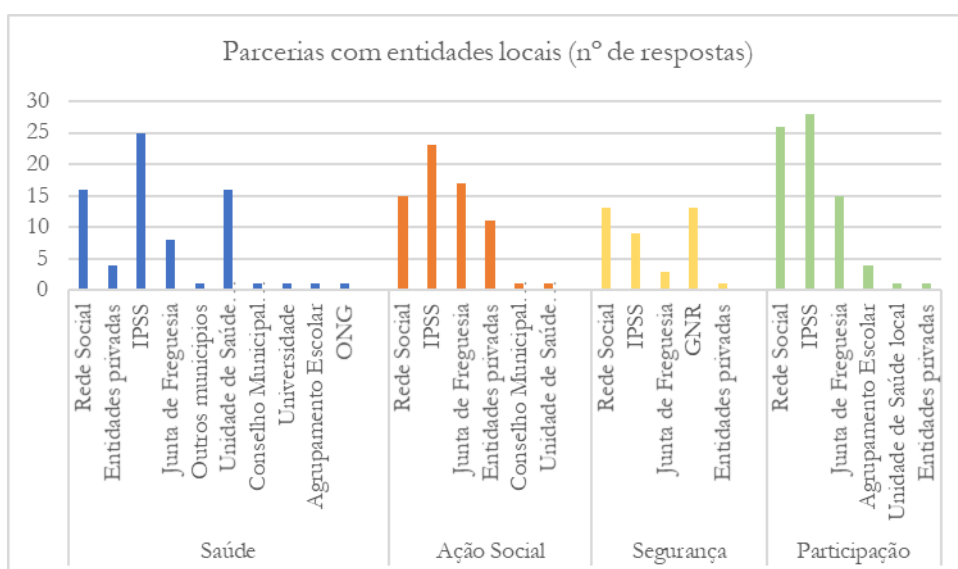


Figura 23 - Parcerias com entidades locais (nº de respostas).

Como já descrito anteriormente, há novamente uma escassez de iniciativas que envolvam entidades fora do âmbito local. Na área da saúde, há 21 iniciativas, maioritariamente com Unidades de Saúde

Regionais e Universidades. Na área da ação social, 10 iniciativas, maioritariamente com a Segurança Social. Na área da segurança, este número cai para cerca de 5 iniciativas, na sua maioria com os Centros Distritais de Segurança e, por fim, na área da participação, o número fixa-se nos 9, entre Universidades e outros municípios.

Quanto aos resultados das iniciativas, estes são muito inconclusivos. A maioria não apresenta resultados e os que apresenta são pelo número de participantes, pelo que é impossível saber se o resultado é positivo ou negativo.

Fazendo um resumo deste ponto em análise podemos concluir que nas 104 respostas, a esta última questão do questionário, foram obtidas 578 iniciativas, na sua maioria pertencentes às autarquias, com 514 iniciativas implementadas. A área com mais iniciativas é a área da ação social, fruto das 193 iniciativas implementadas em autarquias. No entanto, nas restantes entidades a área com maior número de iniciativas é a da saúde. Em oposição a área da segurança é a que reúne menos iniciativas, num total de 74 na soma de todas as entidades em análise.

Ao efetuar uma análise do ano de implementação das iniciativas, há que registar dois grandes períodos, por um lado as 123 implementadas até 2010 (na sua maioria entre o período de 2000 e 2010), que pode dever-se ao facto de a partir do ano de 2000 as questões de envelhecimento ativo começarem a ganhar força e a serem discutidas pelas instâncias governamentais e, por outro, as 130 implementadas entre 2016 a 2018. O período entre 2010 e 2014 registou apenas 84 iniciativas, uma quebra que pode ser explicada pelo facto do país ter atravessado uma forte crise financeira.

Quanto às parcerias com entidades locais podemos aferir algumas conclusões. A primeira é que as três entidades SCM, US, UCC têm a autarquia como principal parceira nas quatro áreas. Especificamente, na área da saúde temos a Unidade de Saúde Local como principal parceira, na área da ação social e participação surge a Autarquia e na área da segurança a GNR.

Já no caso da Autarquia, a Rede Social, as IPSS's e as Juntas de Freguesia são as parceiras mais recorrentes, estando presentes na maioria das áreas de intervenção. A GNR, assume novamente um papel relevante na área da segurança.

## ***4.2 Análise das entrevistas***

### ***4.2.1 Análise geral por município***

Na segunda vertente do estudo empírico foram realizadas, como descrito anteriormente, oito entrevistas, que serão objeto de análise neste ponto. Foi efetuada uma análise de conteúdo, com uma dimensão interpretativa face aos objetivos em estudo, ou seja, por um lado, perceber os mecanismos de governança e, por outro, a que políticas/iniciativas/projetos se davam maior ênfase. Primeiramente efetuar-se-á uma análise geral por entidade e, por fim, uma análise por questão.

O **município de Albergaria** apresenta como principais eixos de atuação, no âmbito do Envelhecimento Ativo, políticas e iniciativas viradas para a promoção da saúde, da prática desportiva e atividades de lazer/ocupação dos tempos livres, como atividades de leitura ou musicais.

O principal objetivo da autarquia é melhorar cada vez mais os programas já existentes e abrir novos programas, fruto de estudos efetuados à população, nomeadamente através de inquéritos. Dão especial ênfase ao combate ao isolamento, através do “programa de teleassistência” e em programas que visam estilos de vida saudáveis. O Conselho Local de Ação Social (CLAS) é o motor que sinaliza a maioria dos problemas, que depois com os estudos à população e com estratégias de cooperação com outras entidades, formam um diagnóstico de forma a serem formuladas e implementadas políticas e iniciativas, que combatam esses mesmos problemas. Um exemplo disso é o apoio que está a ser dado atualmente às instituições para a sua certificação, onde foram feitos estudos prévios, com uma auscultação inicial às entidades, que recursos seriam precisos, entre outras diversas questões.

O município tem em quase todas as suas políticas bases de diretivas europeias, ou emanadas pelo Governo, sendo exemplo disso mais uma vez o “programa de teleassistência”, que envolve parcerias público-privadas e que adveio do Portugal 2020.

É possível concluir que existe no município uma génese de partilha com os diversos parceiros locais, desde instituições de solidariedade social até entidades privadas, e que há uma preocupação para as diretrizes vindas do poder central e europeu. O facto de haver uma partilha de informação e interligação com outros municípios, nomeadamente através das Comunidades Intermunicipais (CIM) cria aqui mais um patamar que pode ser crucial, ou seja, um patamar intermédio (nível regional) que pode ser o elo de ligação com o poder nacional e supranacional. Por fim, na opinião da entrevistada, o poder central deve definir a nível macro as políticas e cabe às autarquias saber ramificar e estruturar essas mesmo diretrizes a nível local, com as CIM a desempenharem aqui um papel importante de regulação intermédia.

O **município de Águeda** aposta na promoção do bem-estar das pessoas idosas através de diversas atividades desportivas, culturais e de educação para a saúde, com o intuito de as manter integradas

na sociedade, com poder de decisão. Exemplo disto são os encontros de “Boccia sénior” e as atividades de marcha e corrida, bem como as “Tardes séniores”, que contam com muita adesão. Além disto um exemplo de participação na tomada de decisão foi um projeto ganho no Orçamento Participativo, no qual muitas pessoas idosas participam, que leva o exercício físico a pessoas com mobilidade reduzida. As boas acessibilidades aos equipamentos do município e os rearranjos habitacionais completam os principais eixos de atuação na área do Envelhecimento Ativo, de forma a que a pessoa idosa preserve a sua autonomia.

As atividades que proporciona têm por trás um trabalho de rede a nível local, onde a Rede Social elabora um diagnóstico, que em conjunto com o CLAS estabelecem estratégias de combate e um plano de ação. A criação em 2017 da Comissão de Proteção ao Idoso apresenta aqui um papel de apoio e rapidez na resolução destas problemáticas e na articulação que faz com as entidades locais. A par disto, há ainda a Carta Social da população idosa, um documento criado no presente ano (2018), que pretende auxiliar no processo de conexão e adequação das políticas sociais, no apoio ao planeamento da ação e na preparação da tomada de decisão, que está a ser tratada pela União Concelhia das IPSS de Águeda.

Ao nível da coordenação multinível, ou seja, se há atividades que advêm de níveis de governação superiores, a autarquia destaca algumas iniciativas na área do desporto, assim como o banco de voluntariado e o programa “SOS Solidão”. É ainda alertado para o facto de na CIM e na Plataforma Supra Concelhia da Segurança Social se debaterem estes assuntos do envelhecimento, na tentativa de procurar medidas e soluções que o apoiem.

No **município de Ílhavo**, o tema do envelhecimento é uma prioridade e fruto disso foi criado o Pelouro da Maior Idade. A autarquia deve estar munida de meios para combater o envelhecimento da população, devendo ter recursos físicos e humanos para o poder colocar em prática. O Pelouro da Maior Idade permite assim, criar uma série de mecanismos para que se desenvolvam atividades e projetos. É ainda objetivo a curto/médio prazo que Ílhavo se torne uma “cidade amiga das pessoas idosas”, um projeto que conta com a parceria da Universidade de Aveiro, e há a pretensão de criar uma “Assembleia sénior”, ou seja, um local de debate que pretende dar voz e poder de decisão às pessoas idosas do município. O próprio “Festival de Cabelos Brancos”, uma iniciativa que contou com diversas atividades ao longo de vários dias, foi completamente reformulado no presente ano devido às opiniões das próprias pessoas idosas. É ainda um dos objetivos principais combater o isolamento e solidão das pessoas idosas e as atividades desenvolvidas vão ao encontro disso, dando ferramentas para que eles próprios o possam combater.

Todas as atividades e programas desenvolvidos contam com a parceria das instituições locais, nomeadamente IPSS, UCC, US, entre outros, como entidades privadas ou até de ordem nacional como a Associação Alzheimer Portugal. Assim, em rede, são formuladas e implementadas as atividades, um processo que na opinião da entrevistada ocorre de forma muito natural. O facto de

avaliarem todas as iniciativas anualmente, permite que haja uma série de indicadores que possam ser estudados e mostram o caminho a seguir.

É preocupação da autarquia, ainda, olhar para o que se passa fora de portas e, fruto disso, são as candidaturas a projetos nacionais e europeus. Além da candidatura a “*cidade amiga das pessoas idosas*”, há ainda uma candidatura a um projeto da *Fundação Calouste Gulbenkian*, que aborda a questão do meio artístico no combate à exclusão social. Aliás a arte, nomeadamente o teatro, é uma das atividades mais concorridas pelas pessoas idosas no Pelouro Maior Idade. No ano transato o município ganhou ainda outro projeto denominado “*Ageing*”.

A nível intermunicipal, a partilha de informação na CIM é mais uma vez fundamental, na qual o município é tido muitas das vezes como exemplo. Exemplo disso é o projeto “Idoliadas”, que contou com a presença de diversos municípios da Região.

Na opinião do entrevistado, a forma de atuar face a todas estas questões do envelhecimento têm de partir do poder local, pois estes são os melhores conhecedores das realidades existentes. Mas, para isso deve é haver recursos financeiros transferidos pelo Estado para que as autarquias possam desempenhar um bom trabalho.

No **município de Ovar**, o objetivo é fazer com que as políticas desenvolvidas vão ao encontro de todos, até porque é um concelho bastante heterogéneo, do ponto de vista geográfico. Apoiam as duas universidades séniores, até porque a população idosa tem baixos níveis de escolaridade e contam com o mês sénior, dedicado a atividades de lazer, com programas musicais, terapias, palestras de educação para a saúde, entre outras. O apoio ao associativismo, atividades de cariz desportivo como “Ovar em movimento sénior” ou “Acordar exercitando” e o projeto de voluntariado são apostas a manter e a melhorar cada vez mais. Na opinião da entrevistada devia ser criada uma espécie de “conselho de sábios”, de forma a dar voz à pessoa idosa, para que elas próprias pudessem debater diversas questões.

De forma a explicar como eram delineadas as políticas da autarquia o entrevistado dá o exemplo do projeto “Menos sós mais nós”. O projeto foi pensado porque em sede de CLAS debateu-se a questão do voluntariado, até por informações e dados transmitidos pelos parceiros sociais locais. A partir daí o executivo (rede social, que engloba todas as entidades locais dos mais variados setores que desejem estar presentes) define políticas que são validadas pelo plenário. O objetivo passa assim para que o trabalho seja sempre feito em rede, até para não haver projetos replicados e desnecessários. Os apoios dados às instituições locais é feito através de candidaturas que podem ir desde apoios para a sua atividade regular, pontual ou até ao nível das infraestruturas e equipamentos. Além disso é dado apoio sempre que solicitem ao nível de infraestruturas e apoio logístico. Desde 2017, que fazem uma amostra social, onde os parceiros sociais mostram à comunidade sénior aquilo que têm para oferecer.

De momento não há projetos e iniciativas advindas de programas nacionais e europeus, mas o entrevistado refere que o método de trabalho apresentado no município é assim porque o mesmo está na legislação do poder central. A nível intermédio existe à semelhança dos anteriores municípios, uma grande partilha na CIM, até porque fazem todos eles parte da mesma. Foi criado ainda um Pólo de Capacitação e Inovação Social, para projetos e iniciativas intermunicipais e há também como já referido as reuniões da Plataforma Supra Concelhia da Segurança Social.

Na opinião da entrevistada o poder local tem que tomar iniciativas mesmo, sem o apoio do poder central, pois vê os problemas na sua génese. Mesmo correndo o risco de poder ser criticado, o município teve de tomar a iniciativa de criar e implementar medidas de combate ao envelhecimento, uma vez que pouco foi feito pelo poder central.

Por fim, o **município de Montemor-o-Velho**, da Região de Coimbra, vê o envelhecimento como algo que deve ir para além das atividades de lazer, devendo apostar-se na prevenção da saúde mesmo em idade adulta. A aposta nas acessibilidades, a reorganização do plano urbano e a promoção de uma boa rede de transportes públicos são eixos prioritários.

Atualmente existe um grupo específico de trabalho na população idosa, integrado na Rede Social e a curto/médio prazo o objetivo é a criação de uma comissão municipal da igualdade, ou seja, uma espécie de "CPCJ" para as pessoas idosas. Através da carta social do município, há a indicação de que o isolamento, a solidão e as demências são uma preocupação e, por isso, estão a ser feitos planos de intervenção.

As políticas delineadas são escassas e passam por algumas atividades desportivas, pelo “cartão sénior”, que tem um sistema de atribuição de pontos, de forma a premiar os que participam nas atividades. Não há um plano de formulação e implementação nas políticas e iniciativas, até porque a carta social não tem sido revista, fruto da escassez de recursos humanos. O apoio financeiro é escasso e normalmente os participantes pagam algumas ajudas de custo nas atividades implementadas. Mesmo as instituições locais para receber apoios têm de se candidatar e é atribuída normalmente uma verba na ordem dos 1500€ anuais.

O trabalho em rede é escasso, nos mais diversos níveis de governação e o papel da CIM devia ser mais crucial na opinião do entrevistado, uma vez que há municípios mais desenvolvidos na área do envelhecimento do que outros e seria importante haver essa partilha de informação e apoios.

Na opinião do entrevistado devia existir uma maior comparticipação financeira do Estado e uma partilha bidirecional de informação. Cita por exemplo as condições habitacionais das pessoas idosas como um eixo que o Estado devia apoiar, visto que o município não consegue fazer face a essa problemática.



#### ***4.2.2 Análise das questões por município***

Na questão número 1 “O que é no seu entender o conceito de envelhecimento ativo, ou seja, como o define?”, a maioria dos entrevistados vê este conceito como uma forma de criar condições para que as pessoas idosas possam se manter inseridas na comunidade, de forma saudável e ativa. Existe uma visão muito direcionada para estilos de vida saudáveis e para atividades de lazer e ocupação.

Na questão número 2 “Que competências deve ter o poder local no âmbito do envelhecimento e que desafios acarreta um município mais envelhecido?” é referida a questão das acessibilidades aos equipamentos, mas acima de tudo e mais uma vez um olhar para a promoção do bem-estar físico e mental, através de políticas e atividades assentes no exercício físico, na saúde e no combate ao isolamento.

Na questão número 3 “Qual é a estratégia a curto e médio/longo prazo deste município para as questões do envelhecimento?”, globalmente referem que é manter e melhorar as atividades e políticas já definidas, com espaço para a criação de outras, conforme os recursos e necessidades da população idosa. Alguns referem já alguns dos projetos que estão a trabalhar para futura implementação.

Na questão número 4 “Que importância tem para o município o desenvolvimento de políticas promotoras de envelhecimento ativo?” e 4.1 “Quais as principais áreas de atuação do município, ou seja, a que políticas dão maior ênfase?” é unânime a importância de trabalhar estas questões, com particular ênfase para o combate ao isolamento e solidão e para a necessidade de tentar que a população sénior participe nas atividades desenvolvidas. Com base nisto, as atividades de lazer e de hábitos saudáveis são novamente referidas na maioria dos entrevistados.

Na questão número 5 “Qual o papel atual ou que pode vir a ter no futuro a pessoa idosa na política local?” os entrevistados referem que há cada vez mais uma preocupação para que as pessoas idosas tenham voz ativa, com uma constante procura para que estes participem nas atividades. Dois dos municípios referem a criação de um espaço de debate e criação de ideias para as pessoas idosas, de forma a que estas se sintam integradas na sociedade e façam parte da formulação das políticas e iniciativas delineadas.

Na questão número 6 “Qual a percentagem do orçamento municipal que é dedicado ao envelhecimento da população?” há dois municípios (Albergaria e Ovar) que não conseguem aferir este valor exatamente, apesar de reforçarem uma elevada aposta nas questões do envelhecimento. O município de Ílhavo refere um valor anual na ordem dos 62.000€ (0,0021% do valor global do orçamento para 2018 fixado nos 29.200.000€) para o Pelouro da Maior Idade e Águeda aponta para os 65.000€ (0,0015% do valor global do orçamento para 2018 de 43.419.607,94€). Em oposição encontramos o município de Montemor-o-Velho com valores a rondar/superar os 10.000 anuais (0,00026% do valor global do orçamento para 2018 de 38.112.000€).

Na questão número 7 “Descreva o processo de formulação de políticas de envelhecimento ativo (que atores participam, em que contexto, quem participa internamente e externamente, etc.)”, 7.1 “Como é que passam do plano de formulação para o plano de implementação?”, 7.2 “Como é que arranjam fundos para implementar essas políticas?” e 7.3 “Qual é a base para a formulação de uma determinada política, ou seja, como é que é feita a sinalização dos problemas na área do envelhecimento de forma a encontrar e desenvolver medidas que os combatam?” é dito que os fundos partem da própria autarquia e daquilo que definem no orçamento anual, analisado na questão anterior, ou por vezes no que recebem de candidaturas a projetos nacionais e europeus, como é referido por exemplo pelo município de Ílhavo. Quanto ao processo de formulação e implementação das políticas é referido o trabalho de análise da Rede Social dos municípios e do CLAS, ou de outras comissões como a Comissão de Proteção ao Idoso, no município de Águeda. Assim, são identificados e sinalizados os principais problemas por estas entidades que na sua composição já abarcam a maioria dos restantes atores locais (por exemplo IPSS, UCC, US, juntas de freguesia, instituições privadas, etc.) e feitos planos de ação que os possam combater, ou seja, a fase em que implementam uma determinada política ou iniciativa. No caso do município de Montemor-o-Velho não é identificado um processo que seja passível de análise.

Na questão número 8 “De que forma é que as instituições recorrem ao município para solicitar apoios para as suas próprias políticas?”, é referenciado o apoio dado anualmente às instituições, de maior ou menor valor, consoante a tipologia dos projetos que possam apresentar para esses referidos apoios. Cita-se ainda o apoio dado ao longo do ano pelos municípios em questões de logísticas, recursos físicos, disponibilização de infraestruturas, entre outros.

Na questão número 9 “As políticas desenvolvidas têm por base orientações europeias/nacionais?” e 9.1 “Que políticas foram formuladas, caso haja, no município que tiveram por base orientações nacionais/europeias?” é possível aferir que vão existindo algumas candidaturas a projetos nacionais e europeus, e a replicação de alguns para o âmbito local. O único município que não apresenta no seu eixo estratégico nenhum plano deste âmbito é o de Montemor-o-Velho.

Na questão número 10 “Há articulação intermunicipal na formulação de políticas de envelhecimento? Se sim, enumere alguns exemplos” temos de diferenciar aqui o município de Montemor-o-Velho dos restantes pelo facto de pertencer a uma região diferente e obrigatoriamente a uma CIM diferente. Aliás nesta autarquia, as questões do Envelhecimento Ativo não são uma prioridade. Já nos restantes municípios pertencente à mesma CIM, designada de Comunidade Intermunicipal da Região de Aveiro (CIRA), fica evidente a grande partilha de informação entre todos, com inclusivamente estratégias e planos de resolução face às questões do envelhecimento. O facto de existir paralelamente uma Plataforma Supra Concelhia da Segurança Social (PSC), leva a que seja um tema presente e com valor para as autarquias da região. Existe, também, por parte dos municípios a preocupação em integrar nas suas iniciativas os municípios da região.

Na questão número 11 “Deve ser o poder local a pensar nas políticas que desenvolve no âmbito do envelhecimento ativo ou deveria haver uma maior coordenação ao nível do poder central, nomeadamente na responsabilização que devia incutir ao poder local para implementar essas mesmas medidas?” a opinião é unânime, é da responsabilidade do poder local intervir e procurar soluções, pois são estes que entendem as realidades dos problemas. Certo é que deveria haver na opinião dos mesmos uma maior responsabilização do poder central, na forma como devia aplicar diretrizes e iniciativas, que depois seriam ramificadas consoante as especificidades de cada autarquia. O facto de existir pouco apoio financeiro por parte do poder central é um dos fatores mais incapacitantes e que não potencia algumas das políticas delineadas. As CIM são descritas como cruciais, até neste elo de ligação entre poder central e local e nomeadamente na partilha de conhecimentos e trabalho em rede.

#### ***4.2.3 Análise geral das instituições locais***

A análise da entrevista realizada na US e UCC de Ílhavo e na SCM de Ovar é feita com o guião a seguir a mesma base das entrevistas realizadas em autarquias. No entanto, há um conjunto de questões que acabam por ser específicas para estas entidades e que serão analisadas ao longo deste ponto.

A **Santa Casa de Misericórdia de Ovar** olha para o envelhecimento como ativo na sua instituição como uma forma de participação ativa, dentro do possível, dos seus utentes. Diferente daquilo que pode ser o envelhecimento ativo na comunidade, onde as pessoas estão inseridas nas suas redes formais e informais e na qual mantêm relacionamentos com as pessoas mais significativas da sua vida, o envelhecimento ativo nos idosos institucionalizados é visto como diferente, pois as pessoas socorrem-se da instituição quando algo já não está bem nas suas vidas. Portanto, quando procuram a instituição numa resposta social por exemplo de ERPI é porque alguma coisa já está a falhar nas suas vidas e há aqui uma necessidade muito grande de se adaptarem, numa fase da vida em que têm muitas perdas, isto do ponto de vista emocional acaba por ser desgastante. As pessoas idosas têm que se adaptar a novas rotinas, a novas pessoas, a partilhar os quartos com outras pessoas, a partilhar no fundo a intimidade, o que é mais complicado. A SCM de Ovar tenta no entanto dar algum poder de decisão também a quem os procura, poder esse que pode passar pela escolha do quarto, escolha das ementas, nas atividades que querem desenvolver ou não, e as que revelam maior interesse, tendo em conta as suas necessidades e expectativa.

A nível de respostas sociais têm apoio domiciliário, centro de dia, centro de convívio, centro comunitário, universidade sénior e estrutura residencial para pessoas idosas. É notório o elo de ligação da instituição com o município, nomeadamente através do conhecimento que esta revela das estratégias que o município apresenta, nas quais participa e tem poder de decisão. A entrevistada revela que o município apoia em todas as atividades, de todas as instituições concelhias que

entendem que há necessidade deste apoio na sua execução, muito ao nível quer de recursos humanos no desenvolvimento de algumas atividades e recursos materiais, ao nível dos equipamentos, facilitador de equipamentos, de espaços para que as atividades decorram. Refere ainda todo o acompanhamento ao nível da Rede Social. A Misericórdia olha também para a comunidade, naquilo que são os seus planos de ação e os seus planos de atividades para a comunidade. Exemplo disso é o trabalho desenvolvido por exemplo, na área da demência, ou seja, no fundo acolhe as problemáticas da população idosa e tenta encontrar mecanismos de resolução. O facto de ter uma universidade sénior e um centro comunitário, faz com que abarque um conjunto de dinâmicas que não se circunscrevem só aos idosos institucionalizados.

Além de haver uma preocupação em estender as suas atividades e iniciativas a outras instituições parceiros locais do município, há um olhar bastante interessante para projetos que advêm de níveis regionais e nacionais. Têm o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) que permitiu, a nível do serviço de apoio domiciliário, alargar a zona geográfica de abrangência, conseguindo dotar o mesmo de outros recursos e meios técnicos, bem como ao nível dos recursos humanos. Tiveram ainda o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) que permitiu melhorar o Centro de Dia, por forma a ter uma unidade terapêutica, a unidade “Nós da memória”, destinada a pessoas com demência.

A **Universidade Sénior do Centro Social e Paroquial da Gafanha da Nazaré** (Ílhavo) é uma organização com uma década e que está associada à RUTIS. Em 2014 foi integrada no Centro Social e Paroquial da Gafanha da Nazaré e em 2016, foi criada uma Visão Estratégica até 2020. Este documento comportou três fases e logo a partir daqui já se pode perceber a forma como a US trabalha em rede. Assim, a primeira fase foi interna em termos de pessoal técnico; a segunda fase foi a auscultação à US abrangendo todos os seus elementos; e a terceira fase de auscultação externa ao Município de Ílhavo e a todas as IPSS's e organizações do âmbito social, cultural e desportivo do município. Consegue assim, aliar uma programação que envolve disciplinas em diversas áreas de atuação, desde a atividade física, atividades de lazer, artes, literatura, entre outras.

A Universidade Sénior apresenta um protocolo de cooperação com a Câmara Municipal de Ílhavo, onde há permuta de recursos, financiamento e colaboração em tudo o que seja necessário e possível. A Rede Social do Município de Ílhavo tem um papel evidente de proximidade, complementada com um enorme conhecimento, estando o Município em parceria permanente. A partir daí, surgem os apoios, surge a cooperação entre todos os intervenientes, com a participação de todos nas diversas atividades que se desenvolvam.

Antes de desenvolver qualquer atividade o processo passa por uma comissão diretiva composta por alunos e professores, existindo ainda um processo de auscultação, onde as iniciativas abertas (utilizadas com o objetivo de dar a conhecer os serviços que oferecem), feitas a partir do público que pertence à Universidade Sénior, têm também, através do diálogo externo, uma perceção acerca

daquilo que poderá ser pertinente para a comunidade. No processo de implementação o município tem um papel preponderante no apoio que oferece à universidade, até porque, no Quadro de Regulamento de apoio às associações com atividades no Município de Ílhavo, existe, até 31 de março, a obrigatoriedade de todas as associações apresentarem o plano de atividades e orçamentos necessários para o ano em curso. Para além disto, é ainda entregue o relatório de orçamentos e atividades relativo ao ano transato, onde são apresentadas, em termos contabilísticos, as rubricas onde foram aplicados os fundos de comparticipação que a autarquia disponibilizou.

Quanto à estratégia do município para as questões do envelhecimento, o entrevistado afirma que estratégia implementada pelo município está bem delineada e que daqui a dois ou três anos possivelmente existirá a necessidade de criar novos conceitos, atividades e dinâmicas.

É ainda fulcral, na opinião do entrevistado, que se crie estudos qualitativos que exerçam pressão para todos os poderes, do local ao nacional. Reforça que é necessário fortalecer as redes de trabalho para pensar num bem maior social: pensar quais serão os efeitos na política do trabalho, na segurança social, no ministério da saúde, das finanças, da cultura, do turismo, ou seja, é necessário criar uma agenda interministerial onde se pense no modo em como se vai preparar as pessoas para a reforma, visto que esta trará um impacto bastante forte na vida das pessoas que a enfrentam. É importante ainda, pensar com seriedade político-prática envolvendo todos os parceiros porque se trata de uma questão social, familiar, de saúde e cultural.

De acordo com o entrevistado da **Unidade de Cuidados na Comunidade Laços de Mar e Ria** (Ílhavo), uma população mais envelhecida acarreta mais gastos em horas de trabalho, mais gastos em recursos materiais e humanos e, por isso, um maior número de gente a trabalhar, que efetivamente é muito complicado na situação atual. A UCC não apresenta, neste momento, qualquer tipo de programa específico para o envelhecimento ativo. O que acontece é uma estreita colaboração com a autarquia, com todas as juntas de freguesia, no âmbito de todos os programas que há para o envelhecimento ativo. Cita por exemplo a presença no Festival dos Cabelos Brancos e nos Fóruns da Maior Idade. Têm ainda o Programa de Cuidados Continuados Integrados que acaba por integrar muitas pessoas idosas, porque são por norma as que mais necessitam de cuidados, um program que está relacionado com a doença da Diabetes, que é um programa de saber viver com Diabetes e que abarca também a população sénior, e apresentam ainda um curso sobre demências, participam em várias palestras de promoção para a saúde, participam em várias formações para cuidadores quer informais, quer formais que lidem com idosos, entre outros.

No seu entender a UCC de Ílhavo não necessita atualmente de ter programas específicos de Envelhecimento Ativo, até porque o município é muito rico nesse aspeto. Participar e colaborar com as restantes entidades é o principal objetivo.

O entrevistado considera que cada vez mais a pessoa idosa vai ter um papel preponderante na tomada de decisão na política local e conhece claramente os principais eixos de atuação do município, referindo ainda que o município, pelo número de participantes que tem nas suas atividades, mostra que divulga por toda a rede local estas questões.

Mais uma vez, aquando da implementação de qualquer atividade, existe a premissa de recorrer ao município para apoios logísticos, ao nível de equipamentos e recursos materiais. Já a forma como sinalizam os problemas advém essencialmente de diagnósticos, da própria população e dos registos do sistema de saúde, nomeadamente na forma por exemplo como trabalharam o programa na área das demências.

Existe também um espírito de partilha com as restantes UCC's da Região de Aveiro, na forma como lidam com estes assuntos, mas revela que deveria haver mais parcerias. Refere ainda que o poder central deveria emanar mais diretivas no sentido de se construir um caminho no campo do envelhecimento. O poder local, é na sua opinião, fulcral, mas deveria ter um maior apoio dos poderes acima.

#### ***4.2.4 Análise de algumas questões das instituições locais***

Ao contrário da análise efetuada em autarquias questão a questão, a entrevista feita nestas três entidades teve ligeiras oscilações nas questões efetuadas, visto que o objetivo, para além de perceber as políticas ou iniciativas implementadas, era perceber os mecanismos de governança que apresentavam, quer com a autarquia, quer com outras entidades locais e regionais, nacionais ou europeias.

Na questão número 1 “O que é no seu entender o conceito de envelhecimento ativo, ou seja, como o define”, as três instituições referem que este conceito prende-se como uma etapa que ocorre ao longo da vida e que vai desde estilos de vida saudáveis, a adaptações a novas realidades. A questão da participação ativa, com poder de decisão é referida como um ponto fulcral no desenvolvimento deste conceito.

Na questão número 2 “Conhece a estratégia do município no âmbito do envelhecimento ativo? Se sim, quais os seus principais eixos de atuação?”, os entrevistados mostram ser conhecedores dos principais eixos de atuação, até porque fazem em muitos deles parcerias nas iniciativas implementadas. Já quando questionados para a questão, intimamente ligada, “Considera que a estratégia do município, no âmbito do envelhecimento ativo está bem divulgada? Deveriam existir outros eixos de atuação?”, as opiniões vão desde uma não resposta por parte da SCM de Ovar a duas respostas muito idênticas (UCC e US de Ílhavo), referindo a excelente divulgação e trabalho do município na forma como trata estas questões.

Na questão número 4 “Como é que se processa a relação entre o município e a sua instituição”, os entrevistados referem o acompanhamento que é feito ao nível da rede social. Mostram ainda que nas suas iniciativas, recorrem ao município para solicitar apoios, maioritariamente, ao nível de infraestruturas ou recursos materiais. A SCM de Ovar e a US de Ílhavo referem, ainda, o apoio que é dado a nível financeiro pelo município, que anualmente disponibiliza um montante para estes, consoante os projetos a apresentar.

Na questão número 5 “Descreva a o processo de formulação de políticas de envelhecimento ativo (que atores participam, em que contexto, quem participa internamente e externamente, etc.)”, 5.1 “Como é que passam do plano de formulação para o plano de implementação?”, 5.2 “Como é que arranjam fundos para implementar essas políticas?” e 5.3 “Qual é a base para a formulação de uma determinada política, ou seja, como é que é feita a sinalização dos problemas na área do envelhecimento de forma a encontrar e desenvolver medidas que os combatam?”, os entrevistados referem desde logo que os fundos são escassos. Os entrevistados referem que vivem muito das parcerias que são estabelecidas com o município, juntas de freguesia e IPSS’s. Quanto à forma como sinalizam os problemas que procuram combater, este advém por vezes de estudos que são feitos, de dados recolhidos, de reuniões com a rede social. Depois, a forma como formulam e implementam essas iniciativas resulta de um processo, que tanto pode ser mais isolado, no caso de iniciativas próprias, como alargado a outros parceiros locais, graças à autarquia que desenrola esse processo através da rede social e do CLAS.

Na questão número 6 “As iniciativas desenvolvidas têm por base orientações nacionais/europeias?”, os entrevistados referem que vão havendo pontualmente algumas. No caso da SCM de Ovar há uma equipa que vai estando atenta e já implementaram programas nesse âmbito, como referido na análise por instituição. No caso da US de Ílhavo, há interesse nessas matérias e foram já efetuadas junto da RUTIS, algumas opiniões relativamente a isso. Já no caso da UCC de Ílhavo, não há programas específicos nacionais e europeus, para as questões do envelhecimento ativo, a não ser as iniciativas que comemoram datas, por exemplo “Dia Nacional de...”, ou “Dia Mundial de...”.

Por fim, na questão número 7 “Deve ser o poder local a pensar nas políticas que desenvolve no âmbito do envelhecimento ativo ou deveria haver uma maior coordenação ao nível do poder central, nomeadamente na responsabilização que devia incutir ao poder local para implementar essas mesmas medidas?” as opiniões convergem, ou seja, tanto o poder local, como o poder central devem remar para o mesmo sentido. Sendo o poder local fulcral na medida em que conhece as realidades locais, deve ser competência do poder central potenciar estas intervenções. A criação de mais estudos, a criação de diretrizes, maior apoio financeiro, criação de políticas e de agendas, citando alguns dos exemplos referidos, devem ser da responsabilidade do poder central.

### ***4.3 Quadro síntese da análise***

De forma a sistematizar toda a análise acima descrita efetua-se, neste ponto, uma discussão dos principais resultados obtidos ao longo deste capítulo tendo por base o enquadramento teórico da dissertação e os contributos de alguns estudos realizados anteriormente neste âmbito.

Os resultados do inquérito desenvolvido permitem, desde logo, efetuar um retrato das políticas/iniciativas desenvolvidas em território português. Em primeiro lugar, sendo certo que a maioria das iniciativas são formuladas e implementadas pelas autarquias, importa referir os vários elos de ligação existentes com as restantes entidades locais. A área com maior número de iniciativas é a da ação social, nomeadamente em iniciativas e políticas que provem apoios e benefícios, muitas das vezes de cariz financeiro. A segunda área de maior intervenção é a da saúde, especificamente em iniciativas que promovem a educação para a saúde e atividades físicas.

Neste contexto, é de realçar o trabalho em rede que é feito a nível local na formulação e implementação das políticas e iniciativas. Na esmagadora maioria existe sempre parcerias locais nas iniciativas implementadas nas entidades em estudo, sendo que a autarquia é a entidade que mais parcerias envolve, nomeadamente através da Rede Social.

Importa, ainda assim, salientar a escassez de iniciativas que têm parcerias com entidades de âmbito nacional e, ainda, a ausência de avaliação dos resultados das iniciativas implementadas.

As entrevistas efetuadas, posteriormente, vieram não só reforçar algumas das conclusões retiradas com os inquéritos, mas também demonstrar como é feito o processo de formulação e implementação das políticas e iniciativas desenvolvidas, bem como os mecanismos de governança intrínsecos a estes processos.

Nas entrevistas ficou comprovado um dado recolhido nos inquéritos e que se prende com a visão de implementar no município programas que visem a promoção de estilos de vida saudáveis e atividades de lazer, conduzindo ao desenvolvimento de diversas iniciativas que fomentam a prática desportiva.

Mais uma vez, foi possível corroborar o trabalho em rede ao nível local, já bastante implícito nos inquéritos, propiciado em grande parte pelas autarquias, nomeadamente através de estruturas como a Rede Social e o CLAS.

Os CLAS são presididos por Presidentes de Câmara ou por Vereadores delegados, os quais fazem também parte de uma Plataforma Supra Concelhia. De referir que estas PSC estão implementadas regionalmente (NUTSIII) e são presididas pelo Diretor do Centro Distrital da Segurança Social, a quem compete a coordenação da rede. Na composição dos CLAS é obrigatório a representatividade do poder local (Câmara Municipal e Juntas de Freguesia) e de organismos do setor público das áreas do emprego, segurança social, educação, saúde, justiça, administração interna, obras públicas e



ambiente, bem como instituições que desenvolvam respostas sociais mediante a celebração de acordos de cooperação com organismos públicos. Para além destas entidades, podem ainda fazer parte do CLAS um conjunto variado de entidades privadas, tais como instituições particulares de solidariedade social ou equiparada, organizações não-governamentais, associações humanitárias, de desenvolvimento local, empresariais, sindicais, culturais e recreativas e outras instituições do setor cooperativo e social (*Decreto-Lei n.º 115/2006*, 2006).

Com a Rede Social, pretende-se que cada município tenha uma visão conjunta dos problemas sociais, que no objeto em estudo se prende com as questões do envelhecimento, definindo para os mesmos objetivos, prioridades, estratégias e ações, tendo em conta os recursos disponíveis. De acordo com o Instituto de Estudos Sociais e Económicos, a Rede Social não é exclusivamente uma plataforma colaborativa, ma define-se como “dispositivo de planeamento e execução de políticas públicas participadas e um instrumento potenciador de sinergias e de uma ação coerente para o desenvolvimento de um estado social ativo” (IESE, 2012:7).

O trabalho desenvolvido ao nível do CLAS e da Rede Social tem se mostrado fundamental na temática do envelhecimento ativo, nomeadamente na forma como coloca as entidades locais a trabalhar para uma causa comum, facto testemunhado pelos entrevistados. Isto salienta a importância do trabalho em rede e da cooperação na formulação e implementação de iniciativas no âmbito do envelhecimento ativo.

Ao nível da CIM e da PSC, estas entidades desempenham um papel importante fundamentalmente na forma como coloca a debate o que rodeia o envelhecimento e na partilha entre os diversos atores. Refere Tsukamoto (2017), que as CIM trazem a vantagem para os municípios de poderem rentabilizar a prestação de serviços partilhados, face à necessidade de poupar recursos financeiros em áreas da administração e de controlo de execução dos fundos comunitários que são em cada ciclo mais escassos para as autarquias. Convém, no entanto, alertar para o facto da maioria das entrevistas ter-se realizado na Comunidade Intermunicipal de Aveiro, excetuando o município de Montemor-o-Velho, o que faz com que não haja um meio de comparação com outras realidades regionais. De facto, parece haver na CIM da Região de Aveiro um trabalho que tem sido otimizado pelos municípios da região, no que respeita à área do envelhecimento.

Mais uma vez, no que diz respeito ao processo de formulação e implementação das políticas e iniciativas, há que realçar as autarquias entrevistadas na Região de Aveiro, que procuram efetuar estudos junto da população, de forma a sinalizarem os problemas existentes e definirem planos de ação, que os combatam. Já no município de Montemor-o-Velho estes processos, por norma, não são efetuados. No estudo de Barbosa (2015), que em Portugal se centra na Área Metropolitana de Lisboa, é identificada uma fraca cultura de formulação e implementação de políticas locais promotoras de envelhecimento ativo, visto que “o papel das autarquias locais está sobretudo relacionado com equipamentos e programas de combate à pobreza e exclusão social”.

Nas entrevistas e nos inquéritos foi, também, possível identificar uma parca articulação entre o poder local e respetivas entidades com os poderes intermédios e centrais, principalmente naquilo que são e devem ser as competências de cada um. Refere Barbosa (2015), que “Portugal apresentava um modelo local que reclamava a ausência de orientações *top-down*, sendo o envelhecimento visto e intervencionado, sob o ponto de vista da provisão de programas e projetos de cariz lúdico, social e de aprendizagem, sem no entanto, existirem orientações centrais nesta matéria”. Esta situação, potencia uma disparidade entre diversas realidades locais, ou seja, há uma capacidade distinta de encarar este fenómeno demográfico, quer pelos atores intervenientes, quer pela própria capacidade financeira do município, o que, em último caso, gera velocidades diferentes na resolução destas questões.

No entanto, de acordo com Matos (2013), a articulação multinível está prevista através da ligação entre o CLAS, de base concelhia, e as PSC (NUTIII), que deverão ficar ligadas, a nível nacional, ao Instituto da Segurança Social, que, por sua vez, faz a ponte com o Governo. Através deste modelo de organização, estão criadas as condições formais para que seja possível uma articulação entre os vários níveis de poder, quer ao nível de atores, como de políticas e instrumentos., cabendo a estes intervenientes agarrar esta oportunidade. De facto, pelas entrevistas realizadas, na Região de Aveiro, é referenciado estes vários níveis de articulação, mas faz transparecer pelos entrevistados que falta esta ponte entre as PSC e o poder central, pois o trabalho entre o CLAS e as PSC tem sido feito com alguma regularidade.

O poder local queixa-se da falta de apoios financeiros e essencialmente da falta de legislação e diretrizes daquilo que podem e devem fazer, ou seja, há uma falta de partilha de informação num sentido bidirecional. Ao nível de iniciativas de âmbito nacional e europeu, há uma maior visão por parte das autarquias da Região de Aveiro entrevistadas, havendo alguns programas implementados, mas pelo que foi dado a observar nos inquéritos, existe uma escassez a este nível. Num outro estudo efetuado por Bárrios (2017), esta alertava para as reduzidas diretrizes europeias no âmbito do envelhecimento ativo, não sendo esta ainda uma das prioridades da UE. Contudo, com a realização do presente estudo fica é a perceção de que os atores locais têm desconhecimento das diretrizes emanadas pela União Europeia, o que leva, consequentemente, a uma perda de oportunidades de implementação de programas com fundos comunitários, por exemplo.

Assim, de forma a sistematizar toda a análise acima descrita foi criado um quadro resumo, que pode ser visualizado através da Figura 27.

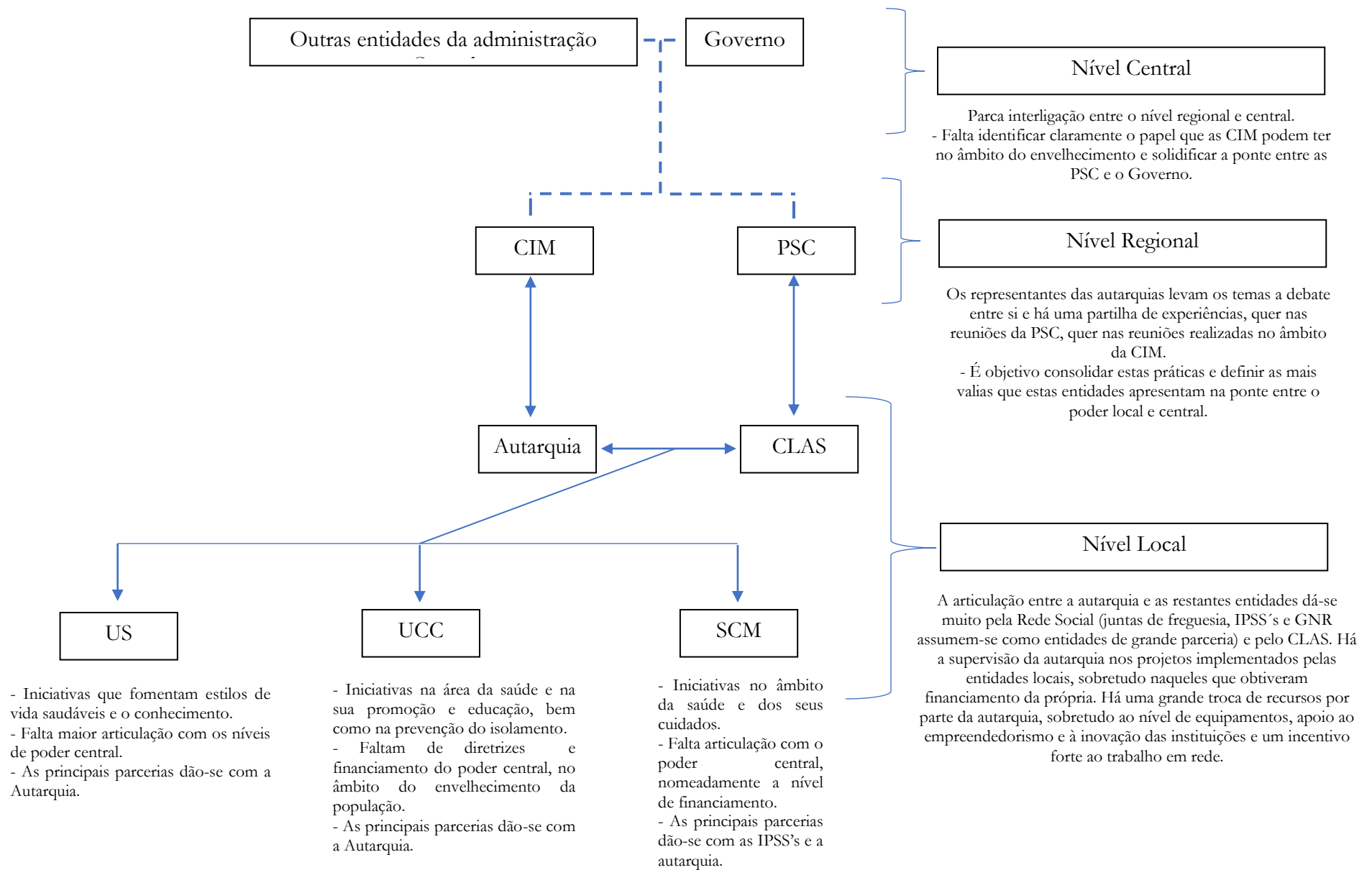


Figura 24 - Quadro síntese de análise



## CONCLUSÃO E QUESTÕES PARA UMA FUTURA INVESTIGAÇÃO

O fenómeno do envelhecimento demográfico é uma realidade bem presente e inexorável, que cada vez mais afeta os países de todo o mundo, particularmente os países europeus, como é o caso português. Todos os governos da Europa estão preocupados com a questão, cada vez mais relevante, de como é que podem garantir a participação ativa das pessoas idosas nas sociedades contemporâneas, especialmente quando falamos de pessoas que podem ser mais frágeis e com problemas de mobilidade.

Partindo daquilo que é a premissa deste estudo - efetuar uma recolha das principais políticas locais promotoras de envelhecimento ativo, compreendendo os mecanismos de governança na sua formulação e implementação - facilmente podemos perceber que existe uma clara ausência de articulação entre níveis de poder. Segundo a AGE Platform Europe (2011), os atores locais e regionais podem tirar partido de muitos programas europeus de financiamento que apoiam o desenvolvimento de práticas e investigação inovadoras, bem como fomentar a cooperação entre regiões. No entanto, no que foi possível retirar deste trabalho, ainda há um longo caminho a percorrer, sobretudo se pensarmos no envelhecimento como uma etapa que envolve e requer um conjunto de medidas, que não abarquem só e exclusivamente iniciativas e atividades de promoção de estilos de vida saudáveis. Contudo, pelas entrevistas efetuadas, os municípios que estão atentos a estas questões estão por norma mais capacitados para lidar com a população idosa, dispondo de mais e melhores meios, até porque as verbas disponibilizadas pelo poder central são insuficientes para solucionar a maioria dos problemas.

Se é certo que cada vez mais os agentes políticos pensam e debatem as questões do envelhecimento da população, não é menos verdade o que nos dizem Walker & Maltby (2012) quando referem que, apesar do “envelhecimento ativo” estar presente na UE, não é sinónimo de que as políticas pensadas e delineadas estejam a ser postas em prática e, consecutivamente, a cumprir o papel que a UE tinha definido para elas. As questões podem ser variadas, desde o intervalo de tempo entre a formulação e implementação dessas mesmas políticas, desde o vasto campo de ação que norteia o envelhecimento, até mesmo àquela que é a questão fulcral da UE e que se prende com as políticas de emprego.

Os resultados alcançados com este estudo permitem inferir que o trabalho em rede revela-se fundamental na formulação e concretização das políticas e iniciativas de envelhecimento ativo, porque o envelhecimento é um conceito que abarca diversas áreas e, portanto, é vantajoso que sejam delineadas medidas conjuntas e não isoladas. Além disso, com este método de trabalho, a sinalização dos problemas é mais eficaz e a partilha entre todas as entidades aumenta o sucesso dos planos de ação, com a população idosa a sair mais beneficiada.

Depois de analisada toda a parte conceptual com os resultados obtidos neste trabalho, é possível inferir que o caminho nas questões do envelhecimento ativo são as políticas e iniciativas em rede. Aliás, o modelo de governança local tem aqui um papel crucial, na capacidade em que pode despoletar uma rede de parcerias entre entidades locais, que podem ir desde instituições do terceiro setor, prestadores públicos e privados, instituições académicas e sociedade civil.

Ficou identificado que os decisores locais navegam nas suas decisões com a incerteza se aquilo que estão a fazer vai ao encontro das necessidades do município. Uma vez mais, se o poder local é o máximo capitalizador de oportunidades para o envelhecimento ativo das populações, tal tem de estar definido e devem ser criadas estruturas e definidas orientações que abarquem estes conceitos. É da responsabilidade do poder central emanar e criar políticas gerais que depois possam ramificar-se para as realidades de cada autarquia.

Ao olharmos para aquilo que é o fenómeno de globalização, os modelos de governança local têm de estar capacitados para compreender e interagir com as diretrizes e orientações que advêm das instâncias nacionais e europeias. Os atores locais devem estar capacitados para encontrar oportunidades, nomeadamente observando outros contextos territoriais fora do país, de forma a estruturar e planear medidas que se tornem uma mais valia para a população idosa e para os seus contextos territoriais.

Pelo que foi possível apurar neste estudo, os modelos de governação local diferem entre si e não há lugar para sistemas perfeitos, até porque o caminho nestas áreas só agora está a começar a ganhar forma. Particularmente no caso português, a Rede Social é uma forte alavanca para agregar e colocar os agentes locais em constantes parcerias e, de certa forma, a consciência para as entidades locais de que na conceção das suas políticas o trabalho em rede é fundamental e benéfico para a população. No entanto, a ausência de uma visão multinível (englobando o nível central) potencia dinâmicas e iniciativas, por vezes criadas sem uma causa-efeito, que passam muito pela promoção de estilos de vida saudáveis e atividades de lazer e ocupação, continuando a não existir diretrizes por parte da administração central que sirvam como orientação para o poder local.

Mesmo quando pensamos numa estrutura intermédia, nomeadamente ao nível das comunidades intermunicipais, ficou identificada pelos entrevistados a necessidade destas estruturas servirem como um local de debate e partilha, de implementação de políticas, de esclarecimento e, acima de tudo, de monitorização do que está a ser colocado em prática.

De facto, segundo Monteiro & Horta (2018), a governação multinível afirmou-se nos territórios e para já revela duas dificuldades. A primeira relativa à possibilidade real de obter ganhos de eficiência líquidos com as estruturas de governação multinível, visto que há uma maior dispersão e densidade de atores envolvidos no processo de gestão do ciclo da política pública. Assim, a criação de estruturas de cooperação intermunicipal (CIM) revela-se como uma resposta que pode ser eficaz. A

segunda dificuldade é de ordem política, pois a relação entre os diversos atores públicos nos diferentes níveis de governação passa pela partilha de decisões políticas, de autoridade, de responsabilidade, de desenvolvimento e de implementação de políticas nos diferentes níveis da administração. Estas questões, levantam uma perspetiva renovada sobre o papel do Estado na sociedade, que se quer mais facilitador e regulador dos sistemas de ação coletiva, nos quais intervém, mas de forma mais ou menos interventiva dependendo dos setores, dos territórios, dos recursos e dos atores.

O envelhecimento abarca um conjunto alargado de áreas, o que eleva a importância de uma governação local que se oriente por modelos de intervenção transversais a toda a sociedade e às especificidades do território, de modo a que consiga alertar e preparar não só a população para o seu próprio processo de envelhecimento, como todas as entidades locais que possam atuar neste âmbito.

Outra das questões visíveis neste estudo é a questão da formulação das políticas e o desenvolvimento de iniciativas. Como argumentava um dos entrevistados, a “formulação faz-se consoante aquilo que é possível” e muitas vezes a sinalização dos problemas advém da população e das suas inquietações. Ficou notório que, com estudos prévios e com uma clara avaliação dos resultados, algo que peca e é deficitário no panorama português, as políticas implementadas serão mais eficazes. Segundo Ferrão (2015), a governação multinível ganha relevância como peça fundamental na formulação e concretização de políticas públicas cuja eficácia e eficiência resulta, justamente, da sua adequação às necessidades, prioridades e capacidades dos atores, privados e públicos e de espaços pertinentes para o efeito.

Os resultados alcançados com este estudo permitiram um maior conhecimento sobre o que está a ser delineado a nível local no âmbito do envelhecimento ativo, percebendo alguns dos mecanismos inerentes ao processo de formulação e implementação de políticas, nomeadamente nas questões de governança. Em primeiro lugar foi possível identificar as áreas em que as entidades mais incidem e que passam muito pela promoção de estilos de vida saudáveis e de iniciativas de ocupação e lazer, com uma aposta muito grande, por parte das autarquias na área da ação social, nomeadamente em medidas que passam por apoios e benefícios financeiros. Em segundo lugar foi possível observar uma cultura de formulação e implementação de políticas em rede, alicerçada na sua maioria pela Rede Social. E, por fim, identificar a ausência de orientações por parte do poder central nestas matérias, bem como a reduzida interligação entre os vários níveis de governação. Neste âmbito, foi possível observar que um nível intermédio de governação pode ser a chave para estas questões, com as CIM e as PSC a serem importantes fóruns de debate e partilha entre os vários municípios de uma região.

Ainda assim, importa referir aquelas que foram as limitações deste estudo, por forma a possibilitar uma melhoria nos quadros teórico-práticos e na metodologia utilizada em estudos futuros. A

primeira limitação prende-se desde logo com aquela que foi a maior batalha deste trabalho, o número de inquiridos. Ao analisar um maior número de respostas é possível obter resultados mais conclusivos e perceber melhor as dinâmicas e processos multiníveis nas políticas de envelhecimento ativo. Além disso seria interessante mapear em território português essas mesmas políticas, de forma a perceber as realidades entre áreas geográficas (litoral/interior ou zonas rurais/urbanas) e assim poder haver um meio de comparação, nomeadamente com o estudo efetuado pelo *Progress Consulting S.r.l. e Living Prospects Ltd* que procura identificar as soluções adotadas a nível local e regional por parte dos países da UE para enfrentar os desafios relacionados com o envelhecimento. Em primeiro lugar, fizeram um esboço de um conjunto de regiões para criar *clusters* com características semelhantes em relação a algumas características-chave, para em segundo lugar e consoante esses indicadores criar sete tipos de regiões, delineadas tendo em conta o crescimento económico, o crescimento da população e a taxa de dependência/condições económicas da população idosa. Assim, é possível identificar o tipo de necessidades e políticas que devem ser implementadas em cada país, podendo existir diferentes realidades dentro do mesmo (Progress Consulting S.r.l. & Living Prospects Ltd, 2011).

Outra das limitações deste estudo prende-se com o facto de haver apenas uma análise ao nível local e das suas entidades. Seria interessante por um lado ter mais testemunhos de entidades locais e, acima de tudo, ter o testemunho e análise de atores regionais e nacionais, de forma a perceber como pensam o envelhecimento a nível local e que estratégias deveriam ser adotadas para este efeito.

Por fim, valeria apenas comparar a realidade portuguesa com outros países europeus, de forma a perceber as diferenças e semelhanças entre os mesmos. A forma como os países se norteiam pelas orientações europeias, ou falta delas, era um fator interessante e merecedor de análise, até porque o envelhecimento demográfico não é uma questão futura, mas sim uma realidade presente.

Em epítome, para futura investigação será interessante aplicar-se a metodologia aqui utilizada noutras regiões do território português, de modo a perceber se algumas das conclusões aqui retiradas estão dependentes do contexto regional, ou pelo contrário, podem ser extrapoladas para o panorama nacional.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, D., Russell, P. S., Vauclair, C.M., & Swift, H. (2011). *Ageism in europe and the UK: findings from the european social survey*. Age UK.
- Adriano, J., Werneck, G., Santos, M., & Souza, R. (2000). A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 53–62. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2000.v5n1/53-62/pt>.
- Age Platform Europe. (2011, Set.). *How to promote active ageing in Europe - EU support to local and regional actors*. Bruxelles: Committee of the Regions. Disponível em <https://udruga.gov.hr/>.
- AGE Platform Europe. (2011). How to promote active ageing in Europe - EU support to local and regional actors. *Committee of the Regions*.
- Amaro, F. (2015). Envelhecer no mundo contemporâneo: oportunidades e incertezas. *RBCEH, Passo Fundo*, 12(3), 201–211.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185–189.
- Araújo, J. (2005). *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública* (No. 9). Braga. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/3225>.
- Araújo, J. (2007). Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática. Em *Conferência da UNED*. Corunha: Universidade do Minho. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/8309>.
- Ayres, J. M. (2004). Framing collective action against neoliberalism: the case of the anti-globalization movement. *Journal of World-Systems Research*, 11–34. Disponível em <http://jwsr.pitt.edu/ojs/index.php/jwsr/article/view/311>.
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Baptista, M. I., & Moreira, M. J. G. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas* (1º). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barbosa, C. (2015, Dez.). *Políticas públicas locais para o envelhecimento: o caso de Portugal e da Suécia*. *EXEDRA: Revista Científica*, 152–175. Disponível em <http://www.exedrajournal.com/?p=426>.
- Barca, F. (2009). *An agenda for a reformed cohesion policy: a place-based approach to meeting european union challenges and expectations*. Bruxelas.

- Bárrios, M., & Fernandes, A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 188–196. Disponível em [www.elsevier.pt/rpsp](http://www.elsevier.pt/rpsp).
- Bárrios, M. J. (2017). *Políticas de envelhecimento ao nível local: análise e avaliação de programas a partir do paradigma de envelhecimento ativo*. Lisboa. Disponível em [https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14078/1/Tese na Íntegra MJBárrios.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14078/1/Tese%20na%20Íntegra%20MJBárrios.pdf).
- Berke, E. M., Koepsell, T. D., Moudon, A. V., Hoskins, R. E., & Larson, E. B. (2007). Association of the built environment with physical activity and obesity in older persons. *American Journal of Public Health*, 97(3).
- Bingham, L., Nabatchi, T., & O’Leary, R. (2005). *The new governance: practices and processes for stakeholder and citizen participation in the work of government*. *Public Administration Review*, 65(5).
- Branco, F. (1994). *Municípios e políticas sociais em Portugal (1977-1989)*. Lisboa.
- Cabral, M., & Ferreira, P. (2013). *Envelhecimento ativo em Portugal - trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: FFMS.
- Caldas, C., & Thomaz, A. (2010). A velhice no olhar do outro: uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(2), 75–89.
- Caldeira, D. (2013, Fev.). *Proteção Civil: um novo paradigma para o desenvolvimento local*. *e-LP Engineering and Technology Journal*.
- Capucha, L. (2005). *Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção*. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, XV, 337–348. Disponível em <http://hdl.handle.net/10071/5307>.
- Carta Social. (2015). Carta Social - rede de serviços e equipamentos. *Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social*. Disponível em <http://www.cartasocial.pt/relatorios.php#>.
- Carvalho, M. F. de. (2011). Gestão Pública: Um novo paradigma para a governação da Administração Local em Portugal. *Instituto Nacional de Administração*, 309–316.
- Carvalho, T. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Universidade de Aveiro. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/4621>.
- Charbit, C. (2011). *Governance of public policies in decentralised contexts: the multi-level approach*. OECD Publishing.

- Comissão Europeia. (2015). Decisão (UE) 2015/1848 do Conselho de 5 de outubro de 2015 relativa às orientações para as políticas de emprego dos Estados-Membros em 2015. *Jornal Oficial da União Europeia*, 268. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/eli/dec/2015/1848/oj>.
- Costa, A., Coelho, L., & Oliveira, R. (2007). *A Família perante o doente hospitalizado*. *Sinais Vitais*, 72, 33–34.
- Costa, A., & Santos, P. (2014). As imagens do envelhecimento e as práticas idadistas em cuidados de saúde primários: implicações na actividade física dos idosos. *Revista de Psicologia*, 1(2), 161–170.
- Crespo, J. (2013). *Governança e Território. Instrumentos, métodos e técnicas de gestão na Área Metropolitana de Lisboa*. Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.5/11754>.
- Decreto-Lei n.º 102/97*. Diário da República n.º 98/1997, Série I-A de 1997-04-28 (1997). Acedido a 1 de Novembro de 2018. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Decreto-Lei n.º 115/2006*. Diário da República n.º 114/2006, Série I-A (2006). Acedido a 1 de Novembro de 2018. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/344943/details/maximized>.
- Decreto-Lei n.º 30/2015*. Diário da República n.º 30/2015, Série I de 2015-02-12 (2015). Acedido a 13 de Novembro de 2017. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Decreto Lei no 30/2015 de 12 de Fevereiro*. Diário da República: I Série, N.º 30 (2015). Acedido a 13 de Novembro de 2017. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Denhardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2007). *The new public service: serving, not steering*. (Expanded Edition, Ed.). New York: M.E. Sharpe, Inc.
- DGS. (2014). Portugal idade maior em números - 2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>.
- Eliopoulos, C. (2011). *Enfermagem Gerontológica* (7.º). São Paulo: artmed.
- Esping-Andersen, G. (1991). As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 24(85–116). Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>.

- European Commission. (2015). The 2015 Ageing Report - Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). Disponível em [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/).
- EUROSTAT. (2017a). Population structure and ageing. *Eurostat Statistics Explained*. Acedido a 5 de Dezembro de 2017. Disponível em [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing).
- EUROSTAT. (2017b). Mortality and life expectancy statistics. *Eurostat Statistics Explained*. Acedido a 5 de Dezembro de 2017. Disponível em [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics).
- Everingham, J.-A., Warburton, J., Cuthill, M., & Bartlett, H. (2012). Collaborative governance of ageing: challenges for local government in partnering with the seniors' sector. *Local Government Studies*, 38(2), 161–181. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1080/03003930.2011.615834>.
- Fernandes, A. (2005). Envelhecimento e saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 45–48.
- Fernandes, A., & Botelho, M. (2007). Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. *Forum Sociológico*, 17, 11–16. Disponível em <http://sociologico.revues.org/1593>.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: a global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1–4. doi:<http://dx.doi.org/10.1155/2013/298012>.
- Ferrão, J. (2010). Governança e ordenamento do território: reflexões para uma governança territorial eficiente, justa e democrática. *Prospectiva e Planeamento*, 17, 130–139.
- Ferrão, J. (2015). Ambiente e território: para uma nova geração de políticas públicas com futuro. Em V. Soromenho-Marques & P. T. Pereira (Eds.), *Afirmar o futuro: políticas públicas para Portugal* (pp. 328–336). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, I. (2015). Governança, participação e desenvolvimento local. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 30, 97–117. Disponível em <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/1280/1123>.
- Ferrera, M. (1999). A reconstrução do Estado social na Europa meridional. *Análise Social*, 24, 457–475. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218799082K6bNK0vw3Hi14GU4.pdf>.
- FFMS. (2015). População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários. *PORDATA*. Acedido a 26 de Setembro de 2017. Disponível em <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

- Fiori, J. L. (1997). *Estado de Bem-Estar Social: padrões e crises*. *PHYSYS: Revista de saúde coletiva*, 7(2), 129–147.
- Fonseca, C. (2014). *Envelhecimento e participação social: a perspectiva dos munícipes em torno da criação de um conselho municipal sênior em Aveiro*. Universidade de Aveiro.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação*. (Décarie Editeur, Ed.) (1<sup>o</sup>). Loures.
- Frey, K. (2003). *Governança Urbana e Redes Sociais o Potencial das Novas Tecnologias da Informação e Comunicação*. ANPAD. Universidade Católica do Paraná. Disponível em [http://www.anpad.org.br/~anpad/eventos.php?cod\\_evento=1&cod\\_edicao\\_subsecao=48&cod\\_evento\\_edicao=7&cod\\_edicao\\_trabalho=1995](http://www.anpad.org.br/~anpad/eventos.php?cod_evento=1&cod_edicao_subsecao=48&cod_evento_edicao=7&cod_edicao_trabalho=1995).
- Friedrich, D. D. (2001). Lifespan Development. Em C. C. Thomas (Ed.), *Successful Aging: Integrating Contemporary Ideas, Research Findings, and Intervention Strategies*. Springfield: Publisher, LTD.
- Frye, A. (2014). Growing old in the city. *Journal of Urban Design*, 19(3), 269–274.
- Gil, A. P. (2007). Envelhecimento ativo: complementaridades e contradições. *Forum Sociológico*, 17(2), 25–36.
- Gomes, C. (2006). A insustentável leveza dos territórios: uma crítica à territorialização das políticas públicas. *Caderno do Observatório dos Poderes Locais*, 7, 1–29.
- Gonçalves, C. (2015). Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 20(2), 645–657.
- Gonçalves, H. (2011). *Estratégias colectivas de governação local no campo social: alcances e limites - Estudo sociológico comparativo Portugal e Espanha*. Universidade de Salamanca. Disponível em [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/83238/1/DSC\\_GoncalvesH\\_Estrategiascolectivas.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/83238/1/DSC_GoncalvesH_Estrategiascolectivas.pdf).
- Groot, T., & Budding, T. (2008). New Public Management's current issues and future prospects. *Financial Accountability & Management*, 24(1), 1–13. doi:10.1111/j.1468-0408.2008.00440.x.
- Gruening, G. (2001). Origin and theoretical basis of New Public Management. *International Public Management Journal*, 4, 1–25.
- Harper, S. (2010). The capacity of social security and health care institutions to adapt to an ageing world. *International Social Security Review*, 63(3–4), 177–196. doi:10.1111/j.1468-246X.2010.01374.x.
- Hudson, R. B., & Gonyea, J. G. (2012). Baby boomers and the shifting political construction of old age. *The Gerontologist*, 52(2), 272–282.

- IESE. (2012). *Projeto Rede em Prática -Relatório Final da Avaliação do Programa Rede Social*. (R. Godinho & J. M. Henriques, Eds.). Lisboa: Instituto de Estudos Sociais e Económicos. Disponível em [http://www.cm-amadora.pt/images/INTERVENCAO\\_SOCIAL/REDE\\_SOCIAL/PDF/rel\\_aval\\_prog\\_social\\_iese2012.pdf](http://www.cm-amadora.pt/images/INTERVENCAO_SOCIAL/REDE_SOCIAL/PDF/rel_aval_prog_social_iese2012.pdf).
- INE. (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa. Disponível em <http://censos.ine.pt>.
- INE. (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. *INE - Destaques*. Disponível em <https://www.ine.pt>.
- INE. (2018). Índice de dependência de idosos. *PORDATA*. Acedido a 6 de Fevereiro de 2018. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+dependência+de+idosos-461>.
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2016). <http://www.s>. *Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)*. Acedido a 12 de Setembro de 2018. Disponível em <http://www.seg-social.pt/programa-de-apoio-integrado-a-idosos-paii>.
- International Labour Organization. (2018). World employment and social outlook: trends 2018, 45–50.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. *American Educational Research Association*, 33(7), 14–26.
- José, J., & Teixeira, A. (2014). *Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica*. *Análise Social*, 49(210), 28–54.
- Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial - Um novo desafio. *Revista Saúde Pública*, 21(3), 200–210.
- Kreling, N. H. (2010). O envelhecimento do trabalhador impõe novos desafios às políticas públicas. Em *XVII Encontro Nacional de estudos Populacionais*. Caxambu: ABEP.
- Lane, J.-E. (2002). *New Public Management* (Taylor & F.). New York: Routledge. Disponível em [http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781134574117\\_sample\\_515926.pdf](http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9781134574117_sample_515926.pdf).
- Leal, A. (1985). As políticas sociais no Portugal de hoje. *Análise Social*, XXI, 925–943. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223479193I9kKF4jx8Yk14UL2.pdf>.

- Lui, C.-W., Everingham, J.-A., Warburton, J., Cuthill, M., & Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*, 28, 116–121. doi:10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x.
- Martínez, A., & Valle, J. del. (1996). Teoría y política de la tercera edad: algunas reflexiones críticas. *Pedagogia Social*, 13, 17–34.
- Matos, M. (2013). *Governança e políticas públicas em territórios de baixa densidade*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Mello, M. M. (2007). Políticas Sociais e Políticas de Bem-Estar: algumas considerações. *Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, 2(4).
- Mendes, F. R. (2011). *Segurança Social: O futuro hipotecado* (1º). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (2002). A sustentabilidade financeira do sistema de solidariedade e segurança social: relatório final.
- Monteiro, S., & Horta, A. (2018). *Governança multinível em Portugal: fundamentos teórico-conceptuais* (No. 3). (A. S. Ramos & N. Romão, Eds.). doi:978-989-54083-5-1.
- Naue, U., & Kroll, T. (2010a). Bridging policies and practice: Challenges and opportunities for the governance of disability and ageing. *International Journal of Integrated Care*, 10, 1–7. Disponível em <http://www.ijic.org>.
- Naue, U., & Kroll, T. (2010b). Bridging policies and practice: challenges and opportunities for the governance of disability and ageing. *International Journal of Integrated Care*, 10(2). doi:<http://doi.org/10.5334/ijic.522>.
- OECD. (2005). Building competitive regions: strategies and governance. *OECD Publishing*. doi:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264009479-en>.
- OECD. (2014). OECD regional outlook 2014 regions and cities: where policies and people meet. *OECD Publishing*. doi:10.1787/9789264201415-en.
- OMS. (2002). Active Ageing - A Policy Framework. Em *Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid.
- OMS. (2008). *Guia global: cidade amiga do idoso*. Suíça: World Health Organization.
- ONU. (2002). Plano de ação internacional para o envelhecimento. *Organização das Nações Unidas*, 32–33. Disponível em [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/5.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf).

- Paúl, M. C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. (Climepsi Editores, Ed.) (1<sup>o</sup>). Lisboa: Manuais Universitários.
- Pereira, D. (2011). *Políticas Públicas de Ação Social*. Universidade Técnica de Lisboa.
- Persson, L. F. (2010). *A social democracia e o welfare state: a construção de um modelo social democrata no Brasil*. *Conversas e controvérsias*, 1(1), 90–104. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/conversasecontroversias/article/view/6872>.
- Progress Consulting S.r.l., & Living Prospects Ltd. (2011). Active ageing: local and regional solutions. doi:10.2863/38338.
- Purdy, D. (2007). Social Policy. Em M. Artis & F. Nixon (Eds.), *Economics of the European Union* (4<sup>o</sup>). Oxford: Oxford University Press.
- Quivy, R., & Capenhoudt, L. Van. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4<sup>o</sup>). Lisboa: Gradiva.
- Redante, D., Backes, D., Schawartz, E., Zielke, K. C. R., & Lago, S. de M. (2005). Cuidando o idoso e a família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7(2), 158–163. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v7i2.8043>.
- Resolução do Conselho de Ministros 91/2001, de 6 de Agosto. Diário da República n.º 181/2001, Série I-B de 2001-08-06 (2001). Acedido a Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Rhodes. (1997). *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity, and accountability*. Open University Press.
- Rhodes, M., & Natali, D. (2003). Welfare regimes and pension reforms agenda. Em *Pension Reform in Europe: Shared Problems, Sharing Solutions*. London School of Economics and Political Science.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo* (1<sup>o</sup>). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Rodrigo, D., Allio, L., & Andres-Amo, P. (2009). *Multi-level regulatory governance: policies, institutions and tools for regulatory quality and policy coherence* (No. 13). Paris. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/224074617147>.
- Rodrigues, E. (2000). O Estado-Providência e os processos de exclusão social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 173–200. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/8982>.



- Rodrigues, E. (2010a). O Estado e as Políticas Sociais em Portugal. *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, 20, 191–230.
- Rodrigues, E. (2010b). O Estado e as políticas sociais em Portugal. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, XX, 191–230. Disponível em <http://pentaho.lettras.up.pt/ojs/index.php/Sociologia/article/view/2285>.
- Rodrigues, F. (1999). *Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal* (1º.). Lisboa: ISSS - Departamento Editorial.
- Rosa, M. J. V. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa* (1º.). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). *Successful Ageing*. Dell.
- Ruivo, F. (1990). Local e Política em Portugal: o Poder Local na mediação entre o Centro e a Periferia. *Revista Científica de Ciências Sociais*, 30.
- Santinha, G. (2014). *Serviços de Interesse Geral e Coesão Territorial: o caso da Saúde*. Universidade de Aveiro. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/13725>.
- Santinha, G. (2016). Governance for health: Is the cultural «lone ranger» behaviour still prevailing? Perspectives from policy makers in Portugal. *Public Policy and Administration*, 3(2), 147–168. doi:10.1177/0952076715595134.
- Santinha, G., & Marques, S. (2003). Repensando o fenómeno do envelhecimento na agenda política das cidades: a importância da promoção da mobilidade de pedestres. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 393–400. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000200019>.
- Santos, B. de S. (1992). O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: o caso português. *Oficina do CES*, 32. Disponível em <https://ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/32.pdf>.
- Santos, B. de S. (1995). Sociedade-Providência ou Autoritarismo Social? *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 42. Disponível em [http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociedade\\_Providencia\\_ou\\_Autoritarismo\\_Social\\_RCCS42.PDF](http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Sociedade_Providencia_ou_Autoritarismo_Social_RCCS42.PDF).
- Schneider, A., & Ingram, H. (1993). Social construction of target populations: implications for politics and policy. *The American Political Science Review*, 87(2), 334–347.

- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia*, 25(585–593).
- Serra, N. (2010). Notas para uma perspectiva institucionalista da economia e da governação urbana. *Revista Electrónica dos Programas de Mestrado e Doutoramento do CES/ FEUC/ FLUC*, 4. Disponível em <http://cabodostrabalhos/ces.uc.pt/n4/ensaios.php>.
- Silva, M. E. V. da. (2006). *Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!: racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no norte de Portugal*. Universidade Aberta - Lisboa. Disponível em <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/788>.
- Silva, L. (2008). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde*, 15(1), 155–168.
- Silva, P. (2002). O modelo de Welfare da Europa do Sul. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 38, 25–59.
- Stoker, G. (2011). Was local governance such a good idea? a global comparative perspective. *Public Administration*, 89(1), 15–31.
- Swank, D. (2000). Social Democratic Welfare States in a Global Economy: scandinavia in comparative perspective. *Palgrave Macmillan*, 85–138. doi:[https://doi.org/10.1057/9780230371651\\_5](https://doi.org/10.1057/9780230371651_5).
- Tavares, G. (2014). *O Envelhecimento Populacional e as Políticas Sociais - Região de Viseu*. Universidade de Aveiro. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/13669>.
- Teixeira, E., & Corralo, G. (2015). Governança local e conselhos municipais - diálogo necessário para a sustentabilidade e preservação do meio ambiente. *Revista Eletrónica Direito e Política*, 10(1). Disponível em [www.univali.br/direitoepolitica](http://www.univali.br/direitoepolitica).
- Teles, F., & Moreira, J. M. (2016). Liderança Ética num Contexto de Governação Local: Estado, Mercado e Sociedade Civil.
- Tsukamoto, M. (2017). *Governança multiníveis em territórios de baixa densidade: as comunidades intermunicipais do Alto Alentejo e da Beira Baixa*. Universidade Nova de Lisboa.
- United Nations. (2017). *World population prospects: The 2017 revision*. New York. Disponível em <https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/>.
- United Nations Population Fund, & HelpAge International. (2012). Ageing in the Twenty- First Century: A Celebration and A Challenge. *United Nations Population Fund and HelpAge International*. New York.
- Veloso, E. (2008). *A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002*. Lisboa.

- Veloso, E. (2011). Políticas públicas para idosos e o direito à educação em Portugal. Em Imprensa da Universidade de Coimbra (Ed.), *Educação e formação de adultos: políticas, práticas e investigação* (1º., pp. 237–243). Coimbra.
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SOCERJ*, 20(5), 383–386.
- Walker, A. (2002). Ageing in Europe: policies in harmony or discord? *International Journal of Epidemiology*, 31(4), 758–761.
- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21, 117–130. doi:10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x.
- Wolf, P. J. W., & Oliveira, G. C. de. (2016, Dez.). Os Estados de Bem-Estar Social da Europa Ocidental: tipologias, evidências e vulnerabilidades. *Economia e Sociedade*, 25(3), 661–694. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1982-3533.2016v25n3art6.



## ANEXOS

**Anexo I – Os modelos de Welfare de Esping-Andersen** (adaptado de Pedroso, 1999 *cit in.* Silva, 2002)

	Modelos de Welfare		
	Continental ou Corporativo	Anglo-saxónico ou Liberal	Escandinavo ou Social democrático
<b>Países</b>	- Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Holanda, Luxemburgo	- Reino Unido, Irlanda	- Dinamarca, Finlândia, Suécia
<b>Dimensões Típicas</b>	- Os regimes de proteção eram segundo o estatuto profissional e a proteção social dos funcionários públicos era elevada	- As prestações eram sujeitas aos recursos existentes - O setor privado tinha uma grande importância nas pensões - Peso das despesas privadas com saúde	- Acesso universal - Prestações igualitárias - Serviços de apoio às famílias desmercadorizados
<b>Riscos sociais associados</b>	- Era discriminatório das mulheres - Os encargos sociais com a mão-de-obra eram elevados - Excesso de peso das despesas com pensões - Havia dificuldade em responder a níveis elevados de desemprego	- Aumento da desigualdade social e da pobreza - Trabalhadores pouco qualificados e baixos salários	- Dificuldades de financiamento - Dificuldades de manutenção de níveis elevados de qualidade do serviço público - Havia limites do emprego no setor público
<b>Estratégias de resposta aos cenários de crise</b>	- Indução da saída precoce do mercado de trabalho - Aumento da produtividade - Prestações sociais de desemprego e de reforma antecipada elevadas	- Desregulação do mercado de trabalho - Flexibilidade salarial, redução do valor dos salários mais baixos - Redução de programas sociais	Expansão dos serviços sociais, com criação de emprego público - Expansão da participação da mulher no mercado de trabalho - Expansão do trabalho a meio tempo - Desenvolvimento de medidas ativas de inserção no mercado de trabalho

**Anexo II – Eras do Governo Local** (Adaptado de Stoker, 2011)

	<b>Perspetiva Tradicional</b>	<b>Nova Gestão Pública</b>	<b>Governança em Rede</b>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inputs fornecidos politicamente</li> <li>- Os serviços eram monitorizados através de controlo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir inputs e outputs de forma a assegurar economias e respostas aos consumidores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter valor público, requer maior eficiência na forma de resolver os problemas</li> <li>- Mais do que a prestação de serviços, inclui a manutenção do sistema</li> </ul>
<b>Orientação dominante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profissionalismo e filiação partidária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Managerialismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Localismo</li> </ul>
<b>Papel dos gestores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar o cumprimento dos procedimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição de objetivos e monitorização do desempenho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papel ativo na condução de redes de deliberação e de prestação de serviços</li> <li>- Manutenção da capacidade geral do sistema</li> </ul>
<b>Definição de interesse público</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especialistas</li> <li>- Input político reduzido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agregação de preferências individuais, captadas por políticos e/ou gestores, apoiados pelos dados relativos à escolha dos consumidores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nenhum setor tem o monopólio sobre o ethos do serviço público</li> <li>- Relações estabelecidas na base de valores partilhados</li> </ul>
<b>Sistema de prestação de serviços</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Departamentos hierárquicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Setor privado ou agências públicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menu de alternativas selecionadas pragmaticamente</li> <li>- Abordagem sistémica aos mecanismos de intervenção para a obtenção de resultados</li> </ul>
<b>Contributo para o processo democrático</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilização</li> <li>- Competição política</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garante o cumprimento de objetivos e avaliação de desempenho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processo contínuo e de permanente troca (garante o diálogo)</li> </ul>

### **Anexo III - Questionário – “Políticas locais promotoras de envelhecimento ativo em Portugal”**

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que está cada vez mais presente nos discursos políticos, sendo um desafio que obriga a mudanças na sociedade, nas instituições e em todo o modelo de organização coletiva, nomeadamente no papel que as pessoas idosas podem desempenhar na sociedade.

Este questionário pretende ser a base de um estudo conducente à elaboração da Dissertação de Mestrado em Administração e Gestão Pública, da Universidade de Aveiro, com o objetivo de fazer um retrato das políticas públicas locais promotoras de envelhecimento ativo, em Portugal, sob a orientação científica do Prof. Doutor Gonçalo Santinha e da Prof.<sup>a</sup> Doutora Sara Diogo.

Agradeço desde já toda a sua atenção e colaboração neste estudo.

Alexandre Fernandes, Gerontólogo

*Tempo médio de resposta: 10 minutos*

#### **Início do Questionário**

<b>Instituição:</b>
<b>Nome:</b>
<b>Cargo:</b>

#### **1. Conceitos**

Indique os conceitos/iniciativas que são do seu conhecimento e onde obteve esse mesmo conhecimento (1- Orientação Europeia; 2- Orientação Nacional; 3- Orientação da Própria Instituição 4- Iniciativa Própria)

	Sím	Não	Conhecimento
Envelhecimento Ativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Envelhecimento Produtivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Envelhecimento Saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cidades Saudáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cidades Amigas das Pessoas Idosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



## 2. Visão

Ordene por ordem de preferência (1- Maior Prioridade; 5 – Menor Prioridade) as seguintes visões que o seu município deveria adquirir para fazer face aos desafios do envelhecimento populacional.

- ☐ Ser um município cujo desenho do espaço público permite uma mobilidade da população mais idosa, sem barreiras arquitetónicas e urbanísticas
- ☐ Ser um município com uma boa rede de transportes, evitando o isolamento social e promovendo o acesso aos serviços locais
- ☐ Ser um município que promova estilos de vida saudáveis (atividade física, promoção para a saúde, etc...), com atividades e eventos atrativos para a população idosa
- ☐ Ser um município que reconhece o valor do contributo da população idosa nos processos de tomada de decisão, nomeadamente na organização de atividades e eventos
- ☐ Ser um município que apoie social e financeiramente a população idosa mais carenciada

### 3. Políticas Desenvolvidas e Principais Resultados

Quais as iniciativas desenvolvidas pela sua instituição no âmbito do envelhecimento ativo?

Áreas	Iniciativa	Ano	Entidades locais envolvidas no processo	Entidades regionais e nacionais associadas	Resultados
Saúde					
Ação Social					
Segurança					
Participação					

Fim de Questionário...

Obrigado pela sua colaboração e pelo seu contributo neste estudo.

## ***Anexo IV – Modelo de entrevista utilizado em Autarquias***

### **Entrevista a um decisor político**

**(Autarquia de ...)**

**Nome do entrevistado:**

**Cargo que ocupa na autarquia:**

- 1.** O que é no seu entender o conceito de envelhecimento ativo, ou seja, como o define?
- 2.** Que competências deve ter o poder local no âmbito do envelhecimento e que desafios acarreta um município mais envelhecido?
- 3.** Qual é a estratégia a curto e médio/longo prazo deste município para as questões do envelhecimento?
- 4.** Que importância tem para o município o desenvolvimento de políticas promotoras de envelhecimento ativo?
  - 4.1** Quais as principais áreas de atuação do município, ou seja, a que políticas dão maior ênfase?
- 5.** Qual o papel atual ou que pode vir a ter no futuro a pessoa idosa na política local?
- 6.** Qual a percentagem do orçamento municipal que é dedicado ao envelhecimento da população?
- 7.** Descreva o processo de formulação de políticas de envelhecimento ativo (que atores participam, em que contexto, quem participa internamente e externamente, etc..), complementados com exemplos?
  - 7.1** Como é que são adquiridos os fundos necessários para implementar essas políticas?
  - 7.2** Como é que passam do plano de formulação para o plano de implementação?
  - 7.3** Qual é a base para a formulação de uma determinada política, ou seja, como é que é feita a sinalização dos problemas na área do envelhecimento de forma a encontrar e desenvolver medidas que os combatam?
- 8.** De que forma é que as instituições recorrem ao município para solicitar apoios para as suas próprias políticas? Exemplos...

- 9.** As políticas desenvolvidas têm por base orientações europeias/nacionais?
- 9.1** Que políticas foram formuladas, caso haja, no município que tiveram por base orientações nacionais/europeias?
- 10.** Há articulação intermunicipal na formulação de políticas de envelhecimento? Se sim, mostre exemplos...
- 11.** Deve ser o poder local a pensar nas políticas que desenvolve no âmbito do envelhecimento ativo ou deve haver uma maior coordenação ao nível do poder central, nomeadamente na responsabilização que devia incutir ao poder local para implementar essas mesmas medidas?
- 12.** Que sugestão/comentário/reflexão final gostaria de fazer face a todo este tema e a estes pontos aqui discutidos?